Aus der Chirurgischen Abteilung des Martin Luther-Krankenhauses, Berlin-Wilmersdorf
Chefarzt: Professor Dr. med. H. Domrich

Die entzündlichen Erkrankungen des Dickdarms unter besonderer Berücksichtigung der Colitis ulcerosa

(Überblick anhand von 112 Patienten-Beobachtungen des Martin Luther-Krankenhauses in den Jahren 1935–1961)

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an der
Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Shapoor Behram Badshah
aus Bombay/Indien

1962

Aus der Chirurgischen Abteilung des Martin Luther-
Krankenhauses, Berlin - Wilmersdorf
Chefarzt: Professor Dr. med. H. D o m r i c h

Die entzündlichen Erkrankungen des Dickdarms unter besonderer Berücksichtigung der Colitis ulcerosa

(Überblick anhand von 112 Patienten - Beobachtungen
des Martin Luther - Krankenhauses
in den Jahren 1935 - 1961)

INAUGURAL - DISSERTATION
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an der
Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

Vorgelegt von
Shapoor Behram B a d s h a h
aus Bombay/Indien

Dekan: Professor Dr.med., Dr.med.dent. Ewald H a r n d t
Referent: Priv.Doz.Dr.med. R. D o h r m a n n
Korreferent: Professor Dr.med. G. S c h e t t l e r

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Freien Universität Berlin
Promoviert am: 27. September 1962

Meinem lieben

verstorbenen Vater

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Inhaltsverzeichnis

			Seite:
A	Fälle der Klinik		
	1.)	Allgemeines	7
	2.)	Aetiologie	11
	3.)	Intern-konservative Therapie	14
	3a)	Auswertung der intern-konservativen Therapie	30
	4.)	Chirurgische Therapie	32
	4a)	Auswertung der chirurgischen Therapie	42
B	Discussion		
	1.)	Allgemeines	47
	2.)	Aetiologie	48
	3.)	Intern-konservative Therapie	58
	4.)	Chirurgische Therapie	65
C	Schrifttum		
D	Lebenslauf		

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546822_0005

Es sind bis heute umfangreiche Arbeiten sowohl in der deutschen als auch in der ausländischen Literatur über das Krankenbild der Colitis erschienen. Vor allem hat man sich, bis heute jedoch vergeblich, um die Aufklärung der Aetiologie bemüht, so dass es bis jetzt nicht gelungen ist, eine causale Therapie durchzuführen. Die Aufgabe dieser Arbeit sei es, die Fälle von Colitis bzw. Colitis ulcerosa, die im Martin Luther-Krankenhaus in den Jahren von 1935 bis 1961 zur stat. Aufnahme kamen und die sowohl intern-konservativ als auch chirurgisch behandelt wurden, zu analysieren und die in Frage kommende Aetiologie bzw. Therapie mit der bis heute erschienenen Literatur über die Colitis zu vergleichen.

In den Jahren 1935 bis 1961 wurden insgesamt 112 Patienten mit entzündlichen Dickdarmerkrankungen im Martin Luther-Krankenhaus zur stationären Behandlung aufgenommen.

Es sei hierbei extra betont, dass es sich bis auf wenige Ausnahmen n u r um Fälle von entzündlichen Erkrankungen des Dickdarms handelte. Nur die besonders hartnäckigen Fälle z.B. die Gastroenterocolitis bzw. Enterocolitis, bei denen sich das Leiden über mehrere Jahre erstreckte und wiederholt rezidivierte, sind hierbei mitberücksichtigt worden.

Bei den 112 Fällen handelte es sich um 41 männliche und 71 weibliche Patienten.
Über Alter und Geschlecht der aufgenommenen Patienten gibt Tabelle 1 Aufschluss:

Tabelle 1

Alterseinteilung:

Jahre:	Anzahl d.männl.Pat.:	Anzahl d.weibl.Pat.:	insgesamt:
10-20	3	2	5
21-30	4	8	12
31-40	5	13	18
41-50	7	12	19
51-60	13	18	31
61-70	6	14	20
71-80	3	4	7

Aus der vorstehenden Tabelle ist zu ersehen, dass der Kulminationspunkt bei beiden Geschlechtern zwischen 50. und 60. Lebensjahr liegt, und zwar erkrankten in diesem Alter von 41 männlichen Patienten 13 = 31,7 % und von 71 weiblichen Patienten 18 = ca 25,4 %. Jedoch auch Jugendliche und Greise bleiben nicht verschont von dieser Krankheit. Unsere jüngste Patientin war 10 Jahre, die älteste 81 Jahre alt.

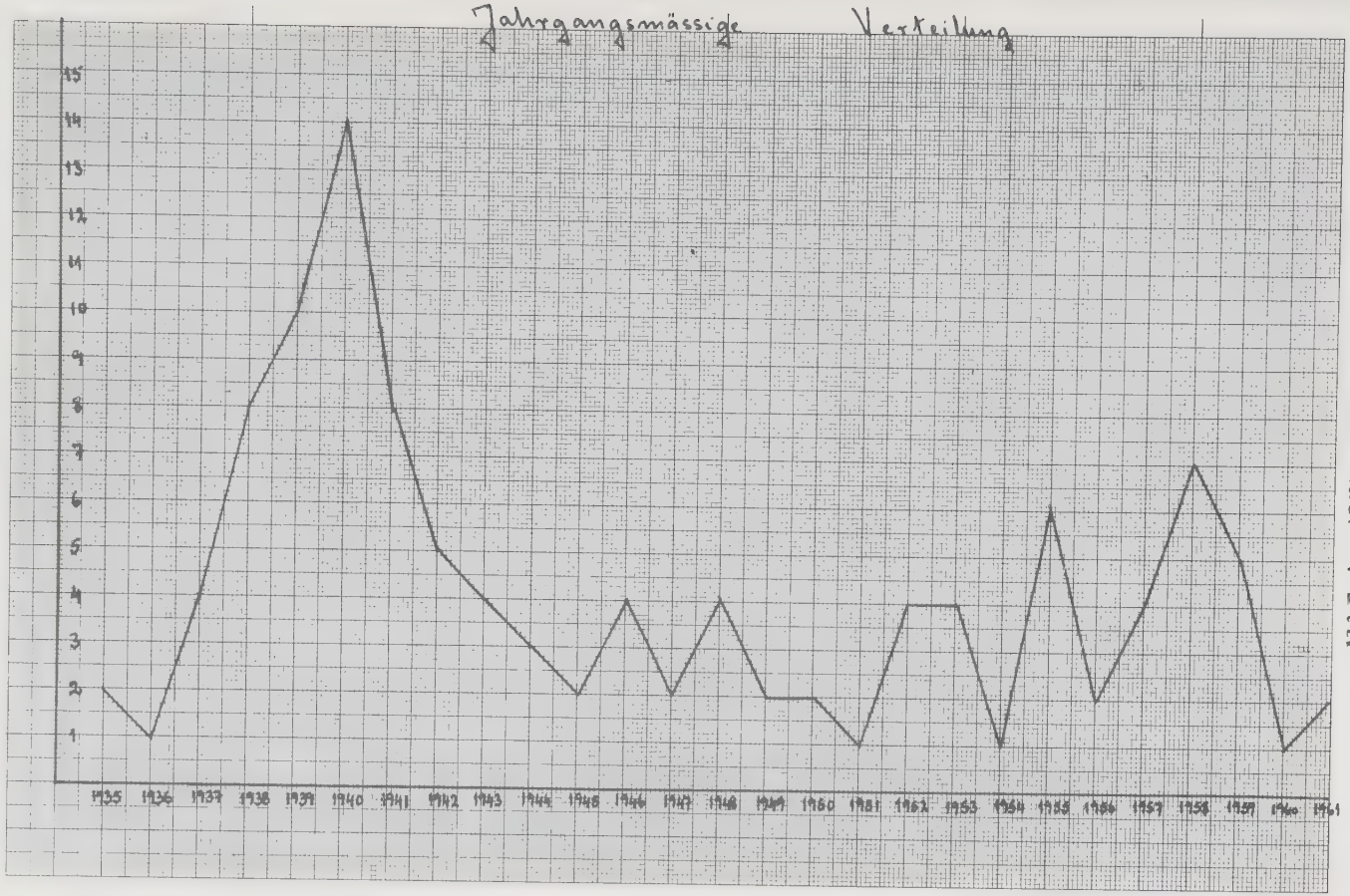
Wie aus der Tabelle weiter hervorgeht, wird das weibliche Geschlecht sowohl im jugendlichen wie auch im Greisen-Alter bevorzugt.

Über die jahrgangsmässige Aufnahme gibt Tabelle 2 und die nachstehende Kurve eine Übersicht.

Tabelle 2

Jahrgang:	Männliche Patienten:	Weibliche Patienten:
1935	1	1
1936	1	-
1937	-	4
1938	2	6
1939	3	7
1940	6	8
1941	2	6
1942	4	1
1943	1	3
1944	1	2
1945	1	1
1946	2	2
1947	-	2
1948	4	-
1949	-	2
1950	1	1
1951	1	-
1952	1	3
1953	-	4
1954	-	1
1955	2	4
1956	2	-
1957	2	2
1958	4	3
1959	-	5
1960	-	1
1961	-	2

Aus diesen beiden Aufstellungen ist zu ersehen, dass ein grosser Teil der Patienten, und zwar 49 von insgesamt 112 Patienten = 43,7 % in den Jahren 1938 bis 1943 ausgenommen wurden.


Jahrgangsmässige Verteilung
Anzahl der Fälle
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
1935 1936 1937 1938 1939 1940 1941 1942 1943 1944 1945 1946 1947 1948 1949 1950 1951 1952 1953 1954 1955 1956 1957 1958 1959 1960 1961

Interessant ist hierbei, dass von diesen 49 Patienten 31 Frauen = 63,3 % und 43,6 % der geamten weiblichen Patienten 71 waren. Wahrscheinlich ist dieser hohe Prozentsatz an weiblichen Patienten so zu erklären, dass es sich bei den genannten Jahren um die Kriegsjahre handelte, die sehr grosse seelische und körperliche Belastungen mit sich brachten. Auf diese Möglichkeit der Aetiologie wird noch später ausführlich eingegangen.

Der Prozentsatz der Männer (36,7 %) ist in diesem Falle nicht auszuwerten, da sich zu dieser Zeit die meisten Männer beim Militär befanden.

Stationär wurden die Patienten durchschnittlich für 8 - 21 Tage behandelt. Eine geringe Anzahl der Patienten konnte sogar innerhalb der ersten Woche entlassen werden, (kürzeste Zeitdauer 4 Tage). Im Gegensatz hierzu musste wiederum eine nicht geringe Anzahl von Patienten länger als 10 Wochen im Krankenhaus bleiben, (längste Zeit 270 Tage). Bei diesen Patienten handelte es sich jedoch meistens um die schwersten, operativ behandelten Fälle.

Von unseren 112 Patienten, die alle das typische Colitis-Symptom, und zwar Durchfälle mit schleimig-blutigen bzw. eitrigen Stühlen, aufwiesen, wurden 64 rectoskopisch und 80 röntgenologisch mit Kontrasteinlauf untersucht.

Es sei hierbei noch darauf hingewiesen, dass es sich bei den Fällen, die weder rectoskopisch noch röntgenologisch untersucht wurden, meistens um Patienten handelte, die während des Krieges und kurz danach zur Aufnahme kamen. Bei vereinzelten Fällen, die in Friedenszeiten nicht rectoskopisch oder röntgenologisch untersucht wurden, bestand der Grund darin, dass:

a) vor der klinischen Einweisung a u s s e r h a l b diese Untersuchungen durchgeführt wurden,
b) der Patient in einem so akuten und lebensbedrohlichen Zustand eingewiesen wurde, dass sofortige operative Massnahmen erforderlich waren.

A e t i o l o g i e

Was die klinischen Untersuchungen anbelangt, so wurde der Stuhl bakteriologisch auf pathogene Keime bei 28 Fällen untersucht. Dabei fand sich die Darmflora bei 11 Fällen unverändert, in 15 Fällen waren Coli-Bakterien nachzuweisen und in zwei Fällen fand man Proteus-Bakterien. Von den 15 Patienten, bei denen man Coli-Bakterien fand, wiesen 11 zur gleichen Zeit auch Enterococcen auf. Nur in einem Fall waren Paracoli-Bakterien vorhanden, (vergl. Tabelle 3).

Tabelle 3

Darmflora unverändert	11 Fälle
Coli-Bakterien	15 Fälle
Proteus-Bazillen	2 Fälle
Coli-Bakterien und Enterococcen	11 Fälle
Coli-Bakterien und Paracoli-Bakterien	1 Fall
Stuhl bakteriologisch nicht untersucht	84 Fälle

Dieses Resultat reicht jedoch nicht aus, um über die infektiöse Aetiologie etwas Sicheres aussagen zu können.

Gegen die infektiöse Aetiologie spricht auch die Blutsenkung. Diese war von sämtlichen 112 Fällen in nur 26 Fällen = 23,2 % beschleunigt.

Eine Leukozytose über 10 000 pro cmm konnte in 14 Fällen = 12,5 % festgestellt werden.

Ebenso war das Differential-Blutbild in 18 Fällen = ca 16,7 % insofern pathologisch verändert, als es eine leichte Tendenz zur Linksverschiebung zeigte.

Bleibt man bei der Blutbild-Auswertung und forscht nach der Aetiologie weiter, so kann man die Blut-Eosinophilie über 4 % bei 20 von 112 Fällen = 17,8 % der allergischen Aetiologie der Krankheit zuschreiben, (vergl. Tabelle 4).

Tabelle 4

Hinweise auf aetiologische Faktoren

Blutstatus:	Anzahl:
Blutsenkung beschleunigt:	26
Leukozytose über 10 000 mm^3:	14
Pathologisches Blutbild bzw. Veränderung:	18
Bluteosinophilie über 4 %:	20

Weitere Hinweise auf die aetiologischen Faktoren sind aus Tabelle 5 zu entnehmen.

Tabelle 5

Weitere Hinweise auf aetiologische Faktoren

	Anzahl:
Erkrankungen der Atmungswege einschliesslich Tbc:	44
Körperliche und seelische Überlastung:	32
Ruhr einschliesslich Typhus und Paratyphus:	20
Durchgemachte abdominelle Operationen:	17
Urogenital-Leiden:	10
Haemorrhoiden:	10
Erbliche Belastung (Magen- und Darmerkrankung)	10

Am auffallendsten ist die Spalte für die Erkrankungen der Atmungswege, angefangen von leichtesten Erkältungskrankheiten bis zur Lungen-Tbc, bildet sie mit 44 Fällen = 39,7 % die Spitze. Wie aus der Literatur zu entnehmen

ist, spielen die Erkältungskrankheiten bei dem Ausbruch der Colitis eine nicht zu bagatellisierende Rolle. Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass sie als unmittelbare Ursache für die Colitis in Frage kommt, da in den meisten Fällen einer Erkrankung an Colitis zu dem Zeitpunkt gar keine Erkältung bestanden hat.

Hiermit sei auch die Hypothese über die "Erkrankung der Atmungswege" als die evtl. Aetiologie bei der Colitis ulcerosa fallen gelassen.

Wenn die Spalte "Körperliche und seelische Überlastung" als eine der auslösenden Ursachen der Colitis mit 32 Fällen = 28,5 % auch nicht an erster Stelle steht, so ist doch gerade diesem Faktor, in Übereinstimmung mit anderen Autoren, eine viel grössere Bedeutung beizumessen. Es ist möglich, dass bei diesen 32 Fällen der Faktor der körperlichen und seelischen Überlastung besonders hervortrat, so dass er extra erwähnt wurde, während bei den übrigen Fällen die gleiche Möglichkeit bestanden haben kann, ohne dass sie erwähnt wurde. Hierfür spricht die Tatsache, dass gerade in den Jahren 1938 bis 1943 (Kriegsjahre), die mit grossen körperlichen und seelischen Belastungen verbunden waren, 49 von insgesamt 112 Fällen = 43,7 % aufgenommen wurden. Hätte man bei allen diesen Fällen mehr Wert auf die psychische Exploration gelegt, so wäre mit grösster Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass noch bei wesentlich mehr Fällen gerade dieser Faktor als ausschlaggebende Ursache der Erkrankung im Vordergrund gestanden hatte.

Der Verdacht auf die Psychogenese der Colitis konnte sogar bei zwei Patienten fachärztlich bestätigt werden. Es handelte sich hierbei um zwei Patienten im Alter von 49 und 65 Jahren, bei denen die Krankheit seit 5 bzw. 10 Jahren bestand. Da trotz intensivster konservativer Behandlung eine Besserung des Krankheitsgeschehens nicht herbeizuführen war, wurden diese Patienten in dem Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen vorgestellt. Von einer psychotherapeutischen

Behandlung sah man aber ab, da man sich aus diversen Gründen keinen Erfolg versprach.
Änderung der Lebensbedingungen (Ehe, Schwangerschaft, Verlust nahestehender Personen), Aufregungen verschiedenster Art, seelischer Schock, geschwächte körperliche Konstitution und körperliche Überanstrengung sind als auslösende Faktoren bei der Colitis besonders hervorzuheben.
Es folgen dann die Spalten:
Ruhr (incl. Typhus und Paratyphus) mit 20 Fällen,
durchgemachte abdominelle Operationen mit 17 Fällen,
Urogenitalleiden mit 10 Fällen sowie 10 Fälle mit Haemorrhoiden.

Zum Schluss sei erwähnt, dass die familiäre Belastung bei der Aetiologie der Erkrankung eine gewisse Rolle spielen könnte, da mindestens bei 10 Patienten in der Familienanamnese Magen-Darmerkrankungen auftraten.

T h e r a p i e :

Von unseren 112 Patienten mit Colitis wurden 99 konservativ, die restlichen 13 operativ behandelt.

Intern-konservative Therapie:

Wie bereits erwähnt, wurden die Patienten durchschnittlich 8-21 Tage stationär behandelt. Neben strenger Bettruhe kamen Diät und Wärme in Anwendung. Die Diät bestand anfänglich (1935) nur aus Äpfeln, Bananen und Milch, später ging man zur fleischfreien Diät über. Mit der Zeit kam man zu der Feststellung, dass die Diät vor allem s t o p f e n d sein muss, gleichzeitig aber zellulose- und fleischfrei sowie schlackenarm, jedoch dünnflüssig-breiig und kalorienreich. Hieraus hat sich die sogenannte Colitis-Diät entwickelt, die vor allem Schwerkranken verordnet wurde; mittelschwere und leichtere Fälle bekamen Stopfdiät bzw. fleischfreie Breidiät.

Zusätzlich zur Bettruhe und Diät wurde Wärmebehandlung, vor allem in Form von feuchtwarmen Leibumschlägen, aber auch mit

Thermophor, Lichtbogen, Rotlicht und Kurzwelle durchgeführt. Die Kurzwellenbehandlung kam hauptsächlich in der Vorkriegszeit (1935-1939) zur Anwendung; in letzter Zeit scheint man davon wieder abgekommen zu sein.

Lokal wurden Einläufe gemacht. Als Einlaufmittel wurden vor allem Tannin und Kamille verwendet. Diese Mittel wurden meist allein oder im Wechsel gegeben. Wechselweise mit diesen beiden Mitteln wurde jedoch auch Targesim, Hamamelis, Homoseran sowie Vitalserum gegeben. 1953 wurden in zwei Fällen Versuche mit Sauerkraut- und Sulfonamid- (P y r e m a l) Einläufen gemacht; in einem Fall gab man 1955 neben Tannin- und Sauerkrauteinläufen auch Natrium bicarbonicum, physiologische Kochsalzlösung, Milch und Hydrocortison abwechselnd im Einlauf.

Vereinzelt wurde 1957 Kolifer, Vaccin und 1960 Prednison als Einlaufmittel angewendet.

Von den genannten Einlaufmitteln hat sich auf die Dauer anscheinend hauptsächlich Kamille und Tannin bewährt, die auch weiterhin meist verwendet werden. Allein mit Hilfe dieser Grundtherapie konnten 22 von insgesamt 112 Fällen = 19,6 % gebessert entlassen werden.

Hierbei sei noch bemerkt, dass es sich um Patienten handelte mit l e i c h t e n colotischen Beschwerden, o h n e o b j e k t i v nachweisbaren schweren pathologischen Befund, weder bei dem röntgenologischen noch bei den rectoskopischen Untersuchungen. Stationär konnten diese Patienten nach 5-tägiger bis höchstens 3-wöchiger Behandlung entlassen werden. Die Erkrankungsdauer von den meisten Patienten vor der stationären Aufnahme betrug höchstens 1 Jahr. Vereinzelte Fälle waren aber auch 5, 9, 24 und 35 Jahre lang krank. Das Alter dieser Patienten lag, mit Ausnahme von einigen Fällen, bei 40 Jahre und sie waren durch ihre psychische Labilität besonders auffällig.
Was die weitere medikamentöse Therapie betrifft, so gibt darüber Tabelle 6 ausreichend Auskunft (vergl. Tabelle 6).

Tabelle 6

Jahrg.:	1935	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	Insgesamt:
Anzahl d.aufg. Patienten	2	1	4	8	10	14	8	5	4	3	2	61
Chirurg. behandelt	1	1	-	3	2	3	-	-	-	-	-	10
Yatren	2	-	-	1	5	5	5	4	-	1	-	23
Vaccineurin	2	-	-	-	2	4	4	1	1	2	-	16
Neo-Salvarsan	2	-	-	-	1	2	1	-	-	-	-	6
Pyrifer	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Enterofagos	2	-	-	-	-	6	1	-	-	-	-	9
Enterovioform	2	-	-	1	-	2	1	-	-	-	-	6
Colifer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Multaflor	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vit. C	2	1	-	-	1	2	4	1	-	-	-	11
Vit. B	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Bluttransfusion	-	-	-	-	1	5	1	1	-	-	-	8
Opium	2	-	-	1	1	2	2	2	-	-	-	10
Kohle	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2
Eisenpräp.	2	1	1	-	1	1	2	-	-	-	-	8
Torantil	-	-	-	2	1	1	-	-	-	1	-	5
Atropin	-	-	-	1	-	2	1	-	-	-	-	4
Tannalbin	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	3
Vagotoniker	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	3
Targesin	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Sangostop	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	2
Sulfonamide	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2
Antibiot.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cortison	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Calcium	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
gestorben konservativ-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	2
gestorben chirurg.	-	-	-	3	1	2	-	-	-	-	-	6

Dazu sei bemerkt, dass die genannten Medikamente entweder allein verabreicht wurden oder zur gleichen Zeit oder aber abwechselnd hintereinander. Aus Gründen der andersgearteten Form der Therapie nach 1945 - die Möglichkeit der Anwendung von Sulfonamiden, Antibioticis und Cortisonpräparaten - soll die Therapie der Jahre 1935-1945 getrennt besprochen werden. Aus der vorstehenden Tabelle ist deutlich ersichtlich, dass in der Zeit vor und während des Krieges (bis 1945) hauptsächlich Yatren, und zwar bei 23 von 51 Fällen, in Anwendung kam.

Die kürzeste Behandlungsdauer unter dieser Therapie betrug 3 Tage, längste 52 Tage. Wie aus der Tabelle weiter hervorgeht, wurde bei der gleichen Anzahl von Patienten die Fiebertherapie, entweder mit Vaccineurin (1/10, 1/15), Neo-Salvarsan (0,15) oder Pyrifer (I-IV) durchgeführt. Diese Fiebermittel wurden i.v. gegeben, entweder einzeln (z.B. Vaccineurin) oder zwei verschiedene Präparate (z.B. Vaccineurin und Neo-Salvarsan) in Zeitabständen von einer, jedoch meistens von 2 Wochen. Diese Therapie wurde in einem Fall sogar 11-mal durchgeführt.

Die Umstimmung der Darmflora wurde in 15 Fällen durchgeführt. Als Präparate wurde in 9 Fällen Enterofagos und in 6 Fällen Enterovioform genommen.

Von den Vitaminen wurden Vitamin C in Form von Cebion und Vitamin B in Form von Betabion, Campolon, Nicotinsäureamid und Nicobion in höchstmöglichen Dosen gegeben.

Von der Bluttransfusion (300-580 ccm) wurde in 8 Fällen Gebrauch gemacht. Die Transfusion musste in vereinzelten Fällen bis zu dreimal wiederholt werden; in den meisten Fällen genügte jedoch eine einzige Tranfusiom.

Opium zur Bekämpfung der Spasmen wurde in Form von Tinct. opii simplex (meistems einmal 10 Tropfen täglich, im Höchstfall dreimal 20 Tropfem) bei 10 Fällen verordnet.

Zwei Fälle wurden mit Kohle behandelt, 8 Fälle mit Eisengaben, hauptsächlich wegen der Anaemie.

Einzelne Fälle bekamen: Atropin (4 Fälle), Torantil (5 Fälle), Tannalbin (3 Fälle), Vagontonikersalz (3 Fälle), Targesin (1 Fall), Sangostop (2 Fälle).

Über Wirkung und Erfolg der angewandten Medikamente, vor allem aber der F i e b e r m i t t e l soll folgender Fall Aufschluss geben:

Herr Kurt Sch., 35 Jahre. Aufnahme-Nr. 2356/40
Aufnahme: 18.4.1940
Entlassung: 26.7.1940

F.A.: o.B.
E.A.: Nach einer Haemorrhoiden-Operation im Jahre 1937 Auftreten von Blut und später auch von Schleim im Stuhl. Die durchgeführte Behandlung mit S a n g o s t o p (insgesamt 250 ccm) brachte nur vorübergehende Besserung des Krankheitsbildes. Da der Blut- und Schleimabgang mit dem Stuhl sich ambulant nicht beherrschen liess, erfolgte dann am 18.4.1940 die Einweisung ins Martin Luther-Krankenhaus.

In unserer Klinik wurde die Diagnose Colitis durch die rectoskopische Untersuchung gesichert.
Die Behandlung in unserer Klinik erfolgte vor allem mit mehrfachen F i e b e r k u r e n (Vaccineurin, Neo-Salvarsan sowie Pyrifer), die immer nur vorübergehende Besserung erbrachten. Es traten dann erneut Blut und Schleim im Stuhl auf. Am wirksamsten von diesen Fiebermitteln erwies sich noch das Neo-Salvarsan (0,15).

Auch mit den verabfolgten Bluttransfusionen konnten die schleimig-blutigen Durchfälle nicht endgültig zum Stillstand gebracht werden.

Schliesslich wurde ein Versuch mit F o w l e r ' s c h e r L ö s u n g gemacht. Die Blutungen hörten dann vorübergehend auf.

Zusammenfassung:
Dass der Patient am 26.7.1940 in gutem Allgemeinzustand entlassen werden konnte, war in erster Linie der mehrfachen Anwendung von Neo-Salvarsan und Fowler'scher Lösung zu verdanken, wobei wahrscheinlich dem Arsen in diesem Präparat die entscheidende Wirkung zuzuschreiben ist.

Übersicht

Was den Erfolg dieser konservativen Behandlung anbelangt, so gibt Tabelle 7 darüber die notwendige Auskunft (vergl. Tabelle 7).

Tabelle 7

Jahrg.:	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	Insgesamt
Zur Aufnahme gekommen	2	1	4	8	10	14	8	5	4	3	2	61
Chirurgisch behandelte Fälle	1	1	-	3	2	3	-	-	-	-	-	10
Gebessert	-	-	3	2	6	7	4	3	2	3	2	32
Ungeheilt	-	-	1	2	1	2	4	1	1	-	-	12
Rezidive	-	-	-	1	1	2	-	-	1	-	-	5
Gestorben	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2

Von den zwei Patienten, die im Jahre 1935 zur stationären Behandlung aufgenommen wurden, wurde der eine Fall chirurgisch, der andere konservativ behandelt. Der konservativ behandelte Fall konnte zunächst mit 15 Pfund Gewichtszunahme in gebessertem Zustand entlassen werden. Der Patient musste jedoch nach ca 4 1/2 Jahren mit Rezidiv in akutem

und lebensbedrohlichem Zustand in unsere Klinik erneut eingewiesen werden. Trotz intensivster therapeutischer Massnahmen kam der Patient jedoch nach ca einer Woche an P e r f o r a t i o n s p e r i t o n i t i s ad exitum.

Bei dem einem Razidivfall im Jahre 1938 konnte die Patientin auf eigenen Wunsch zunächst in gebessertem Zustand entlassen werden. Da sie jedoch ambulant nicht weiterbehandelt wurde, suchte sie nach ca 4 Wochen unsere Klinik wieder auf. Nach dreiwöchiger stationärer Behandlung, vor allem mit Enterovioform konnte sie "bei unverändertem Wohlbefinden" entlassen werden.

Im Februar 1939, ca 7 Monate nach der Entlassung, musste die Patientin noch einmal unsere Klinik aufsuchen, weil "seit 8 Tagen Durchfälle mit Tenesmen, Schleimabgang und Schmerzen im rechten Unterbauch" bestanden. Diesmal wurde sie neben Enterovioform auch mit Torantil für ca 2 Monate behandelt. Die Patientin konnte in gebessertem Zustand entlassen werden.

Der nächste Rezidivfall im Jahre 1939 wurde für ca 8 Wochen "Wegen seiner Colitis" behandelt, die im Verlaufe von mehreren Wochen abheilte, so dass der Patient in fieberfreiem Zustand mit täglich nur zwei Stühlen bei verhältnismässig gutem Allgemeinzustand entlassen werden konnte.

Derselbe Patient musste aber viermal erneut unser Krankenhaus in Abständen von 2 1/2 Jahren, 1 1/2 Jahren, 9 und 8 Monaten aufsuchen. Zuletzt 1944/45 erfolgte die Einweisung in das Martin-Luther-Krankenhaus deshalb, weil "Darmblutungen unabhängig vom Stuhlgang wieder auftraten; es entleerte sich schwarz-geronnenes Blut."

Mit Yatren, Sulfonamid (Albucid) und Fieberspritzen (Vaccineurin 1/10) konnte er nach dreiwöchiger Krankenhausbehandlung "wesentlich gebessert" entlassen werden.

Im Jahre 1940 sind von 11 konservativ behandelten Fällen 2 Rezidive zu verzeichnen.

In einem von diesen beiden Fällen wurde der Patient zunächst nach 6-wöchigem Krankenhausaufenthalt "in gebessertem Zustand" entlassen. 5 Monate nach der Entlassung musste der Patient wieder eingewiesen werden, weil "in den letzten Tagen wieder sichtbares Blut im Stuhl erschien". Die Durchfälle seien nach der Entlassung gleich wieder aufgetreten, der Patient führte sie aber auf eine Erkältung zurück.

Bei uns wurde er dann 8 Wochen behandelt und konnte in gebessertem Zustand entlassen werden.

Der zweite Fall wurde trotz bestehender Durchfälle mit der Diagnose "unklare Anaemie" zu uns eingewiesen. Mit Campolon und Eisenpräparat wurde der Patient wegen der Anaemie 4 Wochen behandelt. Er wurde in gebessertem Zustand, jedoch o h n e Klärung des Krankheitsbildes entlassen.

Nach 2 Jahren erneute Einweisung in die Klinik wegen der Durchfälle, diesmal konnte "die Ursache der Anaemie (1940 war sie nicht festzustellen) durch eine schwere ulceröse Colitis geklärt werden".

Nach 6-wöchiger stationärer Behandlung, vor allem mit Fieberspritzen und Bluttransfusionen, erfolgte die Entlassung "in wesentlich gebessertem Zustand".

Bei dem Todesfall im Jahre 1942 handelte es sich um eine 58-jährige Patientin, bei der die colitischen Beschwerden mit blutigen Stühlen erstmalig vor 8 Monaten aufgetreten waren. Daraufhin wurde sie dann in einem anderen Krankenhaus ca 4-6 Wochen behandelt. Nach der Entlassung war sie 5 Monate beschwerdefrei. Es traten dann erneut blutige Durchfälle und Brennen im Leib auf, weshalb Patientin dann unsere Klinik aufsuchte. Sie hatte einen Gewichtsverlust von insgesamt 27 Pfund.

Die Therapie in unserer Klinik bestand neben strenger Bettruhe und Diät, vor allem in Einläufen, Fiebers pritzen und Bluttransfusionen bzw. Kochsalz-Infusionen.

Nach 5-wöchigem Krankenhausaufenthalt kam die Patientin dann ganz plötzlich und unerwartet an Herz- und Kreislaufversagen ad exitum.

Die vorgenommene Obduktion ergab dann neben schwerer, teils frischer, teils narbig abgeheilter ulceröser Colitis eine e m b o l i s c h e V e r l e g u n g kleinerer Lungenarterienäste ausgehend von Thrombosen der linken Vena femoralis.

Zum Schluss sei nun über den letzten Rezidivfall berichtet, der 1943 im Martin Luther-Krankenhaus konservativ behandelt wurde.

Nach dreiwöchiger stationärer Behandlung, vor allem mit Vaccineurin (1/15) konnte die Patientin dann auf eigenen Wunsch in gebessertem Zustand entlassen werden.

Ca ein Jahr nach der Entlassung klagte die Patientin brieflich über ihre Darmbeschwerden, die nach 8-monatiger Beschwerdefreiheit wieder aufgetreten waren. Die ihr ambulatorisch verschriebenen Y a t r e n - Pillen würden regelmässig eingenommen, jedoch ohne Erfolg.

Die Patientin konnte aber wegen Platzmangel (1944) stationär nicht wieder aufgenommen werden.

Die Spalte für u n g e h e i l t e F ä l l e weist insgesamt 12 Fälle auf. Von diesen 12 ungeheilten Patienten mussten 2 Patienten wegen einer Gravidität entlassen bzw. auf die geburtshilfliche Abteilung verlegt werden (1941). Drei weitere Patienten (1937, 1941, 1942) mussten auf eigenen Wunsch, ohne Abschluss der endgültigen Behandlung entlassen werden.

Bei einem ungeheilten Fall aus dem Jahre 1940 wurde die Patientin von dem Hausarzt zur Beobachtung und eingehenden Untersuchung zu uns eingewiesen. Die Einweisungsdiagnose "Colitis" konnte dann durch gründliche Untersuchungen bestätigt werden, so dass die Patientin dann nach Abschluss der einwöchigen stationären Beobachtung und Behandlung mit 3-mal 2 Tannalbin und einmal 2 ccm Enterofagos zur weiteren Behandlung zu ihrem Hausarzt entlassen wurde.

Die restlichen 6 Patienten mussten deshalb entlassen werden, weil infolge des Krieges Platzmangel herrschte oder weil trotz intensivster Behandlung kein Erfolg zu erzielen

war. Sie wurden dann zur Kur bzw. Erholung verschickt.

In der zweiten Hälfte unseres Behandlungsplanes 1946 - 1961 machte man vor allem Gebrauch von Sulfonamiden, die bei 27 von insgesamt 48 Fällen = 56,3 % angewandt wurden, vergl. Tabelle 8.

Tabelle 8

Jahr:	1946	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	Insg.:
Zahl d. aufg. Pat.	4	2	4	2	2	1	4	4	1	6	2	4	7	5	1	2	51
Chirur. behand.	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	3
Sulfon-amide	2	2	-	2	1	1	2	2	-	3	2	2	2	4	1	1	27
Anti-biotica	-	-	1	-	-	-	1	-	-	1	-	1	2	1	-	-	7
Corti-son	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1	1	1	1	1	7
Calcium	1	1	-	-	-	1	-	-	-	1	2	1	1	3	1	-	12
Vit. C	2	1	-	1	-	-	-	-	-	2	1	1	2	3	-	-	13
Vit.B	-	-	-	-	-	-	1	-	4	-	-	-	2	-	-	-	7
Blut-transfus.	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	1	1	6
Eisen-präp.	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-	5
Colifer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	1	3	-	1	9
Entero-fagos	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Entero-vioform	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Multa-flor	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2
Vacci-neurin	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Pyrifer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	2
Neo-Sal-varsan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Yatren	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Opium	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	4
Kohle	1	-	1	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	5

Fortsetzung: Tabelle 8

Jahr:	1946	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	Insg.
Atropin	-	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	4
Sango-stop	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Torantil	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Tannal-bin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Targesin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vagotoni-ker-Salz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
gestorben konserv.	-	1	-	-	1	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-	-	5
gestorben chirurg.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Antibiotica und Cortison wurden jeweils bei 7 von 48 Fällen = 14,5 % verabreicht.
Calcium-Spritzen wurden 12 von 48 Fällen = 25 % gegeben.

Die Sulfonamide gliederten sich auf in:

1.) Formo-Cibazol
2.) Sulfaguanidin
3.) Cibazol
4.) Albucid
5.) Badional
6.) Lederkyn
7.) Intestin-Euvernil
8.) Andal
9.) Azulfidine

Das Formo-Cibazol-Präparat wurde bei schwersten Fällen im allgemeinen in einer Tagesdosis mit 10 g angefangen und dann 1 g täglich bis 5 g abgebaut, um dann mit 4 g als Erhaltungsdosis weiter verabreicht zu werden.
Das Sulfaguanidin wurde in einer Tagesdosis von dreimal 2 Tabletten gegeben.

Die restlichen Sulfonamide richteten sich nach der Schwere des Falles und wurden durchschnittlich in einer Tagesdosis von 1,5 g bis 30 g angewandt.
Besondere Beachtung sei hier A z u l f i d i n e geschenkt, wovon man sich anscheinend viel Erfolg verspricht. Bei uns wurde dieses Präparat zum ersten Mal im Mai 1958 angewandt und in

den folgenden drei Jahren bei zwei weiteren Fällen erprobt. Gegeben wurde dieses Mittel in einer Tagesdosis von dreimal 1 Tablette bis 8-mal 1 Tablette für einen Zeitraum von einem Tag bis höchstens 18 Tage.

Von den Antibioticis wurden vor allem Penicillin, Streptomycin, Terramycin sowie Leukomycin angewandt.

Die Penicillin-Therapie wurde eingeleitet mit 50 000 E in dreistündlichen Intervallen bis zu einer Gesamtdosis von 2 450 000 E.

Es wurde aber auch Depot-Penicillin in einer Tagesdosis von 400000 E bis zu einer Gesamtdosis von 7 200 000 E gegeben.

Das Präparat Streptomycim wurde verordnet mit 1/2 g 1-2-mal täglich bis zu einer Gesamtdosis von 9 g.
Terramycin wurde verabreicht 2-3-mal täglich 100 mg bis zu einer Gesamtdosis von 5 g.
Leukomycin wurde in einer Tagesdosis von 1,2 g bis 2,5 g gegeben bis zu einer Gesamtdosis vom 6,4 g.

Vom Cortison wurden folgende Präparate verordnet:

1.) Cortison-Hoechst
2.) Cortisid
3.) Decortin
4.) Hydrocortison-Hoechst
5.) Scheroson
6.) Scheroson-F
7.) ACTH (wurde in einem Fall gegeben)

Cortison-Hoechst wurde in einer Tagesdosis von 5 mg bis 50 mg verabreicht, welches bis zu einer Gesamtdosis von 120 mg gesteigert wurde.
Cortisid gaben wir täglich 10 mg bis zu einer Gesamtdosis von 80 mg.
Decortin wurde täglich mit 10 bis 50 mg verabreicht bis zu einer Gesamtdosis von 475 mg.
Hydrocortison-Hoechst 4-mal 1 Tablette zu 10 mg bis zu einer Gesamtdosis von 480 mg.
Die Tagesdosis für Scherosom betrug 40 mg bis 150 mg bis zu einer Gesamtmenge von 3 620 mg = 3,62 g und die Scheroson-F-Tagesdosis betrug 40 mg bis zu einer Gesamtdosis von 200 mg.

Von den Cortison-Präparaten sei kurz erwähnt, dass sie auch in Einläufen (z.B. Prednison) angewandt wurden. Die Calcium-Spritze wurde entweder täglich oder jeden 2. Tag in einer Menge von 10 ccm = 1 Ampulle für insgesamt von 1-2 Wochen gegeben. Anfangs (1946) wurde der Calcium-Spritze eine 35 %ige Traubenzuckerlösung von 10 ccm zugesetzt.

Dass neben der Grundtherapie wie strenge Bettruhe, Diät, Wärme, Einläufe, auch Vitamin-Präparate und Präparate zur Umstimmung der Darmflora etc., auch in der Nachkriegszeit (ab 1946), verabreicht wurden, sei hiermit erwähnt, (vergl. Tabelle 8).

Überblick

Über die Ergebnisse der konservativ behandelten Fälle gibt Tabelle 9 die notwendige Auskunft.

Tabelle 9

Jahr:	1946	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	Insg.
Aufnahmen	4	2	4	2	2	1	4	4	1	6	2	4	7	5	1	2	51
chirurg. behand.	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	3
gebessert	4	1	4	2	-	1	2	2	-	6	1	2	3	4	1	2	35
ungeheilt	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	-	1	-	-	4
Rezidive	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	2	-	-	-	4
gestorben	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	5

Wie aus der Tabelle hervorgeht, konnten im Zeitraum von 1946-1961 35 von insgesamt 48 konservativ behandelten Fällen = ca 73 % in gebessertem Zustand entlassen werden. Bei 4 von den insgesamt 48 Fällen = 8,3 % schlug die konservative Therapie fehl, so dass die Patienten in ungeheiltem Zustand unsere Klinik verlassen mussten. Die Zahl der Rezidivfälle betrug 4 = 8,3 % und die der Verstorbenen 5 = 10,4 %.

Zur Charakterisierung der konservativen Nachkriegs-Therapie sei folgender Krankheitsverlauf wiedergegeben:
Herr Willi W., 45 Jahre, Aufnahme-Nr. 4882/59.
Aufnahme: 28.10.1958, Entlassung: 28.1.1959.

F.A.: o.B.

E.A.: Als Kind Diphtherie, 1953 Phlegmone rechter Oberschenkel. Seit 7 Jahren Ulcus cruris rechts.

Jetzige Anamnese: Seit 14 Tagen bemerkt Patient Blutabgang aus dem Darm, das mehrmals (3-4-mal) am Tage, auch ohne Stuhl entleert wird. Der Stuhl sei aber immer von normaler Konsistenz gewesen. Vor der Blutentleerung soll für einige Tage Pruritus ani bestanden haben.

Klinische Befunde:

Rectoskopie am 1.11.1958:
Entzündliche Rötung und Schwellung der Schleimhaut bis zu 25 cm Höhe.

Röntgen-Kontrast-Einlauf am 26.11.1958:
Colitis ulcerosa, die bis in das Gebiet der linken Colonflexur zu verfolgen ist. Erhebliche Proktitis.

Therapie:
Bettruhe, Colitis-Diät.
Einläufe mit Kamille, Targesin.
Polybion.
Bluttransfusion.
Sintrom.
Depot-Penicillin.
Formo-Cibazol.
Azulfidine.
Cortison.

V e r l a u f :

28.11.58: Da unter D i ä t nach F o r m o - C i b a z o l - S t o s s und E i n l ä u f e keinerlei Besserung zu verzeichnen ist, jetzt Versuch mit C o r t i s o n unter Penicillin-Schutz.

2.12.58: Subjektive schnelle Besserung des Allgemeinbefindens, Stühle weiter wässerig-schleimig mit Blutfetzen.

Fortsetzung des Verlaufs:

11.12.58: Cortison hat keine Besserung des lokalen Geschehens gebracht, wohl aber den Allgemeinzustand scheinbar gebessert. Nach Erhalt des neuen Präparates A z u l f i d i n e sofortige Anwendung desselben.

14.12.58: Stuhle werden breiig geformt, kaum noch Schleimbestandteile!

20.12.58: Stuhl weiter geformt. Pat. fühlt sich wohl und lebt auf, da die "Tablettenkur" so eindrucksvoll angeschlagen hat.

27.12.58: Nach Verminderung der Dosierung mit Azulfidine sofort Konsistenzveränderung des Stuhles zu flüssig-breiig. Erhöhung der Tablettengabe.

2.1.59: Prompt ist auch der Stuhl wieder fester. Rectoskopie für nächste Woche vorgesehen.

8.1.59: Rectoskopie liess sich wegen Kotstauung in der Ampulle nicht durchführen. Therapie läuft weiter.

14.1.59: Weiter sehr schnelle Allgemeinerholung. Stuhl o.B.

21.1.59: Entlassung kann in Kürze erfolgen unter Beibehaltung der jetzigen Azulfidine-Dosierung von 3 Tabletten.

28.1.59: Entlassung.

Arztbericht vom 28.1.1959:

.....Auf Grund des rectoskopischen Befundes musste eine Colitis angenommen werden, die im Verlauf der Erkrankung bestätigt wurde. Unsere Therapie bestand zunächst in a) Einhaltung einer typischen Colitisdiät sowie in Kamillen-Einläufen. Nachdem mit dieser Behandlung kein Erfolg erreicht wurde und der Allgemeinzustand sich sehr schnell verschlechterte mit deutlichem Hgb.-Abfall, wechselten wir zu einem per oral durchgeführten b) Formo-Cibazol-Stoss in einer Dosierung von insgesamt 200 g, über. Dazu wurden unterstützend im Wechsel Kamillen- und Targesin-Einläufe durchgeführt. Wegen der schnellen Verschlechterung des Allgemeinzustandes durch die massiven Blut-Schleimstühle mussten ausserdem wiederholt in kurzen

Abständen c) Bluttransfusion durchgeführt werden. Aber auch diese Therapie brachte keine befriedigenden Resultate und wir versuchten nun, nach vorheriger Rücksprache mit unseren Internisten, durch d) Cortisongaben das ausserordentlich therapieresistemte Geschehen zu beeinflussen. Jedoch auch mit diesem Medikament war eine Besserung nicht zu erreichen und erst nach Einleitung eines Sulfonamid-Stosses mit dem in Schweden entwickelten e) Azulfidine war eine B e s s e r u n g zu verzeichnen.
Herr W. ist jetzt auf eine Tagesdosis von 3 Tabletten Azulfidine eingestellt, und wir werden dringend empfehlen, diese Dosierung noch für etwa 8 Wochen beizubehalten. Sollten die Stühle wieder breiig-flüssiger werden, so müsste die Dosierung erhöht werden, bis eine normal geformte Stuhlentleerung erreicht wird.
Kontrolluntersuchung nach einem Jahr vom 19.-27.11.1959:
Jetzt: Keine Beschwerden mehr seit der Entlassung. Patient erscheint, wie verabredet, zur Kontrolluntersuchung.
Befund und Verlauf:
Rectoskopie am 22.11.1959: Bis zu einer Höhe von 20 cm kein Anhalt für entzündlichen oder tumorösen Prozess.
Trochoskopie am 26.11.1959: Auch die Trochoskopie hat ein pathologisches Geschehen nicht erkennen lassen.
27.11.1959 Entlassung.
Arztbericht vom 27.11.1959: "......Unsere Diagnostik, einschliesslich Rectoskopie und Trochoskopie bot keinen Anhalt für das Vorliegen eines Rezidivs."
Abgesehen davon, dass die Grundtherapie mit Bettruhe, typischer Colitisdiät sowie Einläufen mit Kamille und Targesin, fehlschlug, war aber auch mit Sulfonamid-Kur (=Formo-Cibazol-Stoss), Bluttransfusionen und Cortisongaben eine Besserung des Krankheitsgeschehens n i c h t zu erreichen (vergl. Arztbericht vom 28.1.1959).
Erst nach Einleitung von A z u l f i d i n e konnte dann eine deutliche und augenfällige Besserung des Krankheitsgeschehens erzielt werden.
Leider waren aber ähnliche gute Erfolge mit Azulfidine nicht mehr zu verzeichnen. Von den zwei Fällen, die in den darauf-

folgenden Jahren mit Azulfidine behandelt wurden, schlug bei der einen Patientim die Azulfidine-Therapie, die zuerst erprobt wurde, fehl, so dass die Patientin später mit einem anderen Sulfonamid-Präparat (L e d e r k y n) und mit Fieberspritzen (P y r i f e r I, II), neben Bettruhe, Diät und Kamilleneinläufen behandelt werden musste. Die zweite Patientin kam nach Azulfidine-Überdosierung an Leukopenie (500/mm^3) ad exitum.

Von diesen drei Fällen, die mit Azulfidine behandelt wurden, kann man sich noch kein endgültiges Urteil über das Präparat erlauben. Eines steht sicher fest, dass bei Azulfidine-Therapie grösste Vorsicht wegen deren N e b e n e r s c h e i n u n g e n , wobei vor allem das blutbildende System betroffen wird, gegeben ist, (wir haben einen Patienten durch Azulfidine-Überdosierung verloren).

Auswertung der intern-konservativen Therapie:

Es wurden in der Zeit von 1935 bis 1961 99 Patienten (51 Patienten von 1935 bis 1945 und 48 von 1946 bis 1961) von insgesamt 112 Fällen konservativ behandelt. Dabei, wie aus der Tabelle 7 und 9 zu ersehen ist, konnten 67 Patienten = ca 67 % in gebessertem Zustand unsere Klinik wieder verlassen. Rezidive hatten wir bei 9 Fällen = ca 9 % zu verzeichnen. Während bei 16 Patienten = ca 16 % die konservative Therapie fehlschlug und die Patienten in ungeheiltem Zustand entlassen werden mussten, kamen 7 Patienten = ca 7 % infolge ihrer schweren Leiden ad exitum.

Eine Kontrolluntersuchung, die wir im November 1961 an 34 Patienten der letzten 13 Jahre (1949 bis 1961) vornahmen, ergab folgende Resultate, (vergl. Tabelle 10).

Tabelle 10

Jahr d. Entlassung:	geheilt:	gebessert:	ungeheilt:	gestorben:	nicht erschienen:
1949	2	-	-	-	-
1950	-	-	-	-	-
1951	-	-	-	1	-
1952	1	-	-	-	2
1953	-	-	-	1	2
1954	-	-	-	-	1
1955	2	1	2	1	-
1956	1	1	-	-	-
1957	-	1	-	1	1
1958	3	1	-	-	1
1959	2	1	-	-	2
1960	-	-	1	-	-
1961	1	-	1	-	-
Insgesamt:	12	5	4	4	9

Resultate der Kontroll-Untersuchung, vorgenommen im November 1961 an konservativ behandelten Fällen.

---

12 Patienten waren seit der Entlassung aus dem Martin Luther-Krankenhaus weiterhin völlig beschwerdefrei (siehe Tabelle 10). Sie hatten normal geformte Stühle (ohne Blut- und Schleimbeimengungen) 1-2-mal am Tage. Alle diese Patienten hatten 2 bzw. 4 oder gar bis 20 Pfund an Gewicht zugenommen. Das Allgemeinbefinden der Patienten war zufriedenstellend, so dass sie ihrer Arbeit unbehindert nachgehen konnten.

Die als "gebessert" bezeichneten 5 Patienten litten h i n u n d w i e d e r unter Schleim- bzw. Blutabgang im Stuhl. Diese Patienten mussten strenge Diät einhalten oder gar ihren Hausarzt gelegentlich aufsuchen, um beschwerdefrei bleiben zu können.

Vier der in der Tabelle 10 als "ungeheilt" bezeichneten Patienten hatten seit der Entlassung nach wie vor unter ihren Darmbeschwerden zu leiden und klagten bei der Kontroll-Untersuchung über blutig-schleimige Durchfällemehrere Male am Tage.

Von 4 Patienten wurde uns die Todesnachricht übermittelt. Über Ursache und Zeitpunkt ist uns nichts bekannt.

9 Patienten waren nicht mehr erreichbar, so dass eine Kontroll-Untersuchung dieser Patienten nicht vorgenommen werden konnte.

Chirurgische Therapie:

Im II. Teil dieser Arbeit sollen die operativ behandelten Fälle nachstehend besprochen werden.

Von den insgesamt 13 Fällen, die von 1935 bis 1961 operativ behandelt wurden, sind 10 Fälle = 76,9 % in der ersten Hälfte (1935-1945) und die restlichen 3 Fälle = 23 % in der zweiten Hälfte (1946-1961) unseres Behandlungsplanes operiert worden.

Unter den 10 Patienten, die von 1935 bis 1945 chirurgisch behandelt wurden, befanden sich je 5 weibliche und 5 männliche Patienten. Die Patienten gliederten sich dem Alter entsprechend wie folgt auf:

Alter:	Anzahl der operierten Fälle:
60-69 Jahre	1
50-59 Jahre	3
40-49 Jahre	4
30-39 Jahre	0
20-29 Jahre	1
10-19 Jahre	1

Um einen besseren Überblick über die operativen Fälle zu gewinnen, seien hier nur die wichtigsten Daten des Krankheitsverlaufes (z.B.Indikation zur Operation, Operationsmethode etc.) des jeweiligen Patienten wiedergegeben.

Fall 1:
Herr Helmut G., 48 Jahre. Aufnahme-Nr. 3171/37
Aufnahme: 11.6.1935
Entlassung: 2.7.1935
Erkrankungsdauer: 16 Jahre nach einer Ruhrinfektion.
Im Oktober 1934 wurde bei dem Patienten in einem a n d e r e n K r a n k e n h a u s ein periproktitischer Abszess gespalten.
Am 3. November 1934 wurde dann wegen einer Colitis eine Coecumfistel angelegt und täglich Darmspülungen durchgeführt.
7 Monate später, am 13.6.1935, wurde Patient dann im Martin Luther-Krankenhaus erneut operiert.
Operation am 13.6.1935:
In die Coecumfistel wird ein dünnes Drain eingeschoben und durch eine WITZEL'sche Schrägfistel nach aussen geleitet.
A u s g a n g :
Gebessert am 2.7.1935 in ambulante Behandlung entlassen.
Im Herbst 1935 begann allmählich eine I n k o n t i n e n t i a a l v i aufzutreten, weshalb Patient 1937 erneut aufgenommen wurde.

Wiederaufnahme vom 9.6.1937 bis 14.7.1937:
Operation am 10.6.1937:
Resektion einer Ileumschlinge und Anlegen einer Ileumfistel nach WITZEL (= Ileostomie).
(Die unterste Ileumschlinge wird handbreit von der BAUHIN'schen Klappe reseziert und nach beiden Seiten zu blind verschlossen. Nahe dem blinden oralen Ende wird ein dünnes Drain mit WITZEL'scher Schrägfistel in das Ileum eingenäht. Die Fistel wird am Peritoneum parietale festgenäht).
A u s g a n g :
Auf Wunsch des Patienten in gebessertem Zustand Entlassung nach Hause in Weiterbehandlung.

Fall 2:
Herr Ernst H., 45 Jahre. Aufnahme-Nr. 435/36
Aufnahme: 6.1.1936
Entlassung: 20.4.1936
Erkrankungsdauer: ca 4 Jahre (bis zu dem Zeitpunkt der Operation im Jahre 1920 (?).
Auf dem Transport nach Russland, etwa im Jahre 1916, bekam Patient Durchfälle mit blutigen Stühlen. - 2 Jahre später, 1918, soll dann A m o e b e n r u h r festgestellt worden sein. Da durch konservative Behandlung keine Besserung des Zustandes erzielt werden konnte, wurde Patient nach Deutschland zurückgeschickt und in Berlin (1919/1920?) in einem anderen Krankenhaus operiert. Es wurde damals eine Coecostomie angelegt und durch eine Kanüle Spülungen mit Argentum nitricum, Kochsalz und Wasser vorgenommen. Es folgten dann teils beschwerdefreie, teils beschwerdevolle Zeiten in kurzen Abständen.
1936 wurde er dann im Martin Luther-Krankenhaus wegen blutig-schleimigen Durchfällen (5-6-mal am Tage) aufgenommen und konservative Behandlung für ca 3 Monate durchgeführt.
Röntgenkontrasteinlauf am 14.1.1936: Schwere atrophische Colitis mit narbigen Stenosen.
Therapie: Ferum reductum, Opiumzäpfchen, Bismutum subgallicum, Magnesium, Cebion (Vit.C), Cortex sima rubae, Tannin- und Serumeinläufe.
A u s g a n g : Unter der genannten Medikation verschlechterte sich der Zustand des Patienten bis zur völligen Invalidität, so dass eine Erhöhung der Rente beim Versorgungsamt beantragt werden musste.

Fall 3:
Fräulein Käthe B., 56 Jahre. Aufnahme-Nr. 2891/38
Aufnahme: 19.5.1938
Gestorben: 5.6.1938.
Erkrankungsdauer: ca 2 Jahre.
Indikation zur Operation: Patientin klagte über starke Schmerzen in der Ileocoecalgegend. Dortselbst ist palpatorisch in der Tiefe eine starke Resistenz zu tasten.

Verdacht auf Ileocoecaltumor.
(Status nach Ablatio mammae sinistra wegen Carcinom 1935. Später, 1936, im Martin Luther-Krankenhaus für ca 3 Wochen wegen "Verdacht auf Knochenmetastasen nach Mamma-Amputation" konservativ behandelt).

Operation am 27.5.1938:

Exstirpation eines kleinen Knötchens aus der Serosa der untersten Ileumschlinge (Tbc-verdächtig).

E n t e r o a n a s t o m o s e : (Ileocolostomie):

(Die unterste Ileumschlinge wird handbreit von der Klappe senkrecht zur Längsachse durchtrennt, das aborale Lumen blind verschlossen. Das orale Lumen des Dünndarms wird End-zu-Seit mit dem Quercolon anastomosiert).

Komplikationen: Nahtdehiszenz, Peritonitis, paralytischer Ileus.

A u s g a n g :-Exitus letalis an Kreislaufschwäche und Peritonitis.

Obduktionsbefund:

Frische knotige Peritonitis, ausgehend von Nahtdehiszenz einer Ileocolostomie und blinder Verschluss des Ileumstumpfes knapp oberhalb des Coecums. Lokaler z.T. abgedeckter Abszess zwischen Colon und Bauchwand. Paralytischer Ileus. Chronische ulceröse narbig abheilende stenosierende Colitis im Bereich des Coecums und Colon ascendens, übergreifend auf das unterste Ileum...

Fall 4:
Herr Hermann H., 46 Jahre. Aufnahme-Nr. 2298/38
Aufnahme: 19.4.1938
Gestorben: 29.6.1938
Erkrankungsdauer: ca 19 Jahre.
Indikation zur Operation: Therapieresistente, chronisch rezidivierende Colitis ulcerosa, die seit 19 Jahren besteht. Palpatorisch ist in der Ileocoecalgegend eine Geschwulst zu tasten.

Verdacht auf Ileocoecal-Tbc. (Mit 22 Jahren, 1914, wurde bei dem Patienten eine linksseitige Lungen-Tbc festgestellt).

Operation am 25.4.1938:

Anlegen einer Ileocolostomie. (Stenosierender, hühnereigrosser Tumor an der BAUHIN'schen Klappe. Nirgends sichere Zeichen von Tbc.....) Resektion des unteren Ileums, Coecum und Dickdarm bis zur Mitte des Colon transversum.....End-zu-Seit-Anastomose zwischen unterster Ileumschlinge und der Mitte des Quercolons.....

Histologische Untersuchung des Ileo-Coecal-Tumors:

Chronisch ulceröse Colitis.

Komplikationen: Kotfistel, Pneumonie.

A u s g a n g : Exitus letalis.

Obduktionsbefund: Kotfistel des Colon deszendens infolge Resektion des Coecums und End-zu-Seit-Anastomose des Ileumstumpfes mit dem Colon. Ausgedehnter B a u c h d e c k e n - A b s z e s s daselbst... Kleine Eiterherde im Douglas....Bronchopneumonische Herde in beiden Unterlappen, besonders im linken. Lungenoedem. Schleimige Bronchitis.....

Fall 5:

Frau Auguste S., 59 Jahre. Aufnahme-Nr. 1642/38

Aufnahme: 13.3.1938

Gestorben: 5.5.1938

Erkrankungsdauer: ca 1 Jahr.

Indikation zur Operation: Verdacht auf Ileus. (Wegen des hochgradigen Ileus wird von jeder Radikal-Operation abgesehen und nur ein Drain mit WITZEL'scher Fistel ins Colon transversum eingenäht).

Postoperative Diagnose: Colitis

Operation am 13.4.1938:

Ileocolostomie (End-zu-Seit-Anastomose zwischen Ileum und Quercolon).

Komplikationen: Marasmus, Kachexie, Nahtdehiszenz, Peritonitis, paralytischer Ileus.

A u s g a n g : Exitus letalis.

Obduktionsbefund: Zustand nach Resektion des unterem Ileum, Coecum und Dickdarms bis zur Mitte des Colon transversum sowie End-zu-Seit-Anastomose des Dick- und Dünndarms. Nahtdehiszenz an dieser Stelle und davon ausgehende schwere diffuse kotige Peritonitis.
Paralytischer Ileus.....Hypertrophie der Dickdarmwand von der Resektionsstelle bis zum Beginn des Rectums. Chron. pigmentierte Gastroenterocolitis..

Fall 6:
Frau Else A., 57 Jahre. Aufnahme-Nr. 596/39
Aufnahme: 17.1.1939
Entlassung: 14.2.1939
Erkrankungsdauer: 12 Jahre.

1928 wurde Patientin wegen einer Colitis ulcerosa operiert; es wurde eine C o e c o s t o m i e angelegt und jahrelang Darmspülungen durchgeführt.
Patientin kommt jetzt (17.1.1939) zur stationären Aufnahme wegen Verschluss der Fistel.
Operation am 24.1.1939:
F i s t e l v e r s c h l u s s .

A u s g a n g :
In gebessertem Zustand entlassen.

Fall 7:
Frau Klara G., 30 Jahre. Aufnahme-Nr. 2163/39
Aufnahme: 11.4.1939
Gestorben: 23.4.1939
Erkrankungsdauer: Mit 8 Jahren Ruhr.

Indikation zur Operation: Durch Palpation Resistenzen im Abdomen zu tasten. Temperatur zwischen 37 und 38 Grad. Röntgenologisch schwere Colitis ulcerosa nachgewiesen.

Operation am 21.4.1939:

A p p e n d i k o s t o m i e .
(2 cm vom Coecalansatz entfernt wird der Wurmfortsatz gekappt und ein Nélaton-Katheter in das Lumen bis ins Coecum eingeführt).

Komplikationen: Bronchopneumonie.

A u s g a n g : Exitus letalis.

Obduktionsbefund: Chronische ulcerierende Ruhr: Dichtstehende lentikuläre Geschwüre des Coecums und Colon aszendens; im Transversum, Deszendens und Sigma an Grösse zunehmend, kleinere im Rectum bei chronischer Colitis. Zustand nach Appendikostomie.....Kleinknotige Bronchopneumonie beider Unterlappen.

Fall 8:
Frau Marie S., 48 Jahre. Aufnahme-Nr. 5219/40
Aufnahme: 30.9.1940
Gestorben: 7.11.1940
Erkrankungsdauer: 2 Jahre.

Indikation zur Operation: Längere Anamnese (Patientin leidet seit 1938 unter colitischen Beschwerden mit blutig-schleimigen Durchfällen).
Patientin wurde zunächst für ca 4 Wochen im Martin Luther-Krankenhaus auf der inneren Abteilung konservativ behandelt. "Da weitere Massnahmen zur allgemeinen Kräftigung und Beeinflussung der Colitis nicht zum gewünschten Erfolg auf konservativem Wege führten, wurde Patientin dem Chirurgen vorgestellt, der die Verlegung auf die chirurgische Abteilung zur Anlegung einer Coecostomie vorschlug."

Operation am 6.11.1940:

C o e c o s t o m i e .
(Ein Drain mit WITZEL'scher Schrägfistel wird in das Coecum eingenäht....)

Histologische Untersuchung des Dickdarmstückes: Die Schleimhaut des Colons ist im ganzen Blickfeld völlig defekt. An ihrer Stelle finden sich ausgedehnte Granulations-

herde. Auch in den tieferen Wandschichten besteht eine Begleitentzündung. Es handelte sich um eine s c h w e r e u l c e r ö s e C o l i t i s .

A u s g a n g : Exitus letalis an Herz- und Kreislaufversagen.

Obduktionsbefund: Schwerster Ulceration. Dickdarm mit Blut gefüllt.

Fall 9:
Herr Karl-Heinz N., 17 Jahre. Aufnahme-Nr. 862/40
Aufnahme: 29.1.1940
Entlassung: 11.6.1940
Erkrankungsdauer: ca 1 Jahr.

Indikation zur Operation: In der rechten Leistenbeuge palpatorisch ein hühnereigrosser druckschmerzhafter Tumor zu tasten.
Der Abszess wird am 2.2.1940 inzidiert. In der Incisionsstelle bildet sich dann eine K o t f i s t e l .
Unter dem Verdacht auf D a r m t u b e r k u l o s e (beide Eltern des Patienten sind an Tbc gestorben) wird eine Operation vorgenommen.
Histologische Untersuchung des Darmes (Kotfistel):
Unspezifische C o l i t i s u l c e r o s a ,(ohne den geringsten Anhalt für eine Tuberkulose).
Operation am 18.4.1940:
I l e o c o l o s t o m i e .
(Seit-zu-End-Anastomose zwischen Ileumstumpf und Colon aszendens).
A u s g a n g : In gebessertem Zustand entlassen.

Fall 10:
Herr Phillip B., 64 Jahre. Aufnahme-Nr. 2858/40
Aufnahme: 15.5.1940
Gestorben: 21.5.1940
Erkrankungsdauer: ca 25 Jahre

Indikation zur Operation: Therapieresistente, chronisch rezidivierende Colitis ulcerosa, die seit 25 Jahren besteht. Coliabszess im linken Unterbauch. Ileuserscheinungen.

Operation am 16.5.1940:
Der Coliabszess im linken Unterbauch wird eröffnet. Wegen der vorliegenden Ileuserscheinungen wird eine Dickdarmfistel am Colon deszendens angelegt. (Das Colon deszendens wird breit in den oberen Wundteil eingenäht.)

Komplikationen: Allgemeine Bauchfellentzündung mit paralytischem Ileus infolge der Perforation eines Dickdarmgeschwürs.

A u s g a n g : Exitus letalis infolge Herz- und Kreislaufversagens.

Obduktionsbefund: Es ergibt sich eine alte schwere Colitis ulcerosa mit Perforation am Colon pelvicum..... Im Rectum bis pflaumengrosse Ulcerationen. 1 1/2 l Eiter im Bauch.... Ileus paralyticus. Dadurch Exitus.

Chirurgische Therapie 1946 - 1961:

In der zweiten Hälfte unseres Behandlungsplanes betrug die Zahl der operierten Fälle insgesamt 3. Diese 3 Fälle seien hier fortlaufend weiter erläutert, um dann anschliessend die sämtlichen chirurgischen Fälle gemeinsam zu besprechen.

Fall 11:
Frau Ruth St., 46 Jahre. Aufnahme-Nr. 3779/51.
Aufnahme: 11.9.1950
Entlassung: 8.6.1951
Erkrankungsdauer: 21 Jahre

Indikation zur Operation: Therapieresistente chronisch rezidivierende Colitis ulcerosa (ulceropolypöse Form), die seit 21 Jahren besteht.

Operation am 5.10.1950:

Anlegen einer typischen rechtsseitigen lateralen Coecalfistel.
Es wurden dann fortlaufend Darmspülungen mit Sulfonamiden vorgenommen. Da bei der Röntgen-Kontrolluntersuchung am 19.12.1950 sowie am 2.2.1951 der Prozess in Rückbildung begriffen war, wurde am 20.3.1951 die Coecalfistel verschlossen.

Komplikationen: Kleine Fistelbildung im Operationsgebiet, aus der sich später Stuhl entleert.

Erneute Operation am 21.5.1951:

Verschluss des Coecallumens.

A u s g a n g : In beschwerdefreiem Zustand am 8.6.51 entlassen.

Fall 12:

Frau Lina L., 69 Jahre. Aufnahme-Nr. 2052/52
Aufnahme: 28.4.1952
Entlassen: 25.7.1952
Erkrankungsdauer: Etwa 6 Tage.
Klinische Diagnose: Unklar. Leib etwas gespannt. Druckschmerzempfindlichkeit im linken Unterbauch. Bei der rectalen Untersuchung am 28.4.1952 ist ein submucös gelegener druckschmerzhafter Tumor an der Rectum-Vorderwand zu tasten, der bei der gynaekologischen Untersuchung am 30.4.1952 und 5.5.1952 für einen Uterustumor gehalten wird.
Indikation zur Operation: Verdacht auf submucös gelegenen Tumor an der Rectumvorderwand bzw. Verdacht auf Uterus-Tumor bei der gynaekologischen Untersuchung. Laparotomie wegen des unklaren Befundes.
Operation am 6.5.1952:

Bei Eröffnung der Bauchhöhle ist ein stenosierender Tumor im Bereich der Sigmaschlinge festzustellen. Der Tumor mit der stenosierenden

Sigmaschlinge wird reseziert und anschliessend ein Anus praeter naturalis angelegt. Der aborale Schenkel wird mehrschichtig einstülpend verschlossen und unter das Peritoneum versenkt. Der zuführende Schenkel wird als Anus praeter naturalis in die Bauchdecke eingenäht.

Histologischer Befund: Dickdarmtumor: Chronisch schrumpfende unspezifische Entzündung der Dickdarmwand.

Komplikationen: Fistelbildung (sekundär). Doppelfaustgrosser Narbenbruch, der mit Pelotte versorgt wird.

A u s g a n g : In beschwerdefreiem Zustand am 25.7.1952 entlassen.

Fall 13:

Frau Karoline B., 44 Jahre. Aufnahme-Nr. 9/59

Aufnahme: 23.9.1958

Entlassung: 29.5.1959

Erkrankungsdauer: 20 Jahre.

Indikation zur Operation: Akut fulm. Schub einer therapieresistenten chronisch rezidivierenden Colitis ulcerosa mit langer Anamnese (20 Jahre).

Operation am 4.11.1958:

Colektomie (vom Colon sigmoideum bis zum Coecum) mit terminaler Ileostomie.

Komplikationen: Kompletter Platzbauch (3. Woche postoperativ), wird operativ beseitigt.

A u s g a n g : In beschwerdefreiem Zustand am 29.5.1959 entlassen.

Auswertung der chirurgischen Therapie:

Es wurden im Martin Luther-Krankenhaus von 1935 bis 1961 folgende operative Eingriffe an 13 Patienten durchgeführt:

A Spülfistel am

1.) Coecum	4 Fälle	(Fall Nr. 1,2,6,11) Resultate: Bei 2 Patienten konnte die Fistel später verschlossen werden. 1 Rezidivfall nach 16 Jahren. 1 Fall: Anlegen später einer WITZEL'schen Schrägfistel am Ileum.
2.) Appendix	1 Fall	(Fall Nr. 7) Resultat: Exitus letalis.
3.) Colon descendens	1 Fall	(Fall Nr. 10) Resultat: Exitus letalis.

B Kotableitung (=Enterostomie) durch

1.) Ileum	Ø Fall	
2.) Coecum	1 Fall	(Fall Nr. 8) Resultat: Exitus letalis
3.) Colon (sigmoideum)	1 Fall	(Fall Nr. 12) Resultat: Beschwerdefrei entlassen.

C Partielle Colektomie mit Enteroanastomose:

Ileo-Colostomie	4 Fälle	(Fall Nr. 3,4,5,9) Resultate: 3 Todesfälle 1 gebessert.

D Subtotale Colektomie mit terminaler Ileostomie: 1 Fall (Fall Nr. 13)
Resultat:
Gebessert.

A Von den Spülfisteln, die an insgesamt 6 Patienten durchgeführt wurden, konnten bei 2 Patienten (mit Coecumfisteln, Fall Nr. 6 und 11) die Fistel später wieder verschlossen werden, so dass die Patienten in gebessertem Zustand entlassen werden konnten. Bei dem einen Fall (Fall Nr. 1) musste, da keine Besserung des Zustandes zu erzielen war, die Coecumfistel später durch das Anlegen der WITZEL'schen Schrägfistel zuerst am Coecum und dann am Ileum weiter modifiziert werden.

Der 2. Patient mit Coecumfistel (Fall Nr. 2) musste nach etwa 16 Jahren unsere Klinik wieder wegen des Rezidivs aufsuchen. Da trotz intensivster therapeutischer Massnahmen auf dem konservativen Wege das Leiden sich weiterhin verschlechterte, musste für den Patienten eine Rentenerhöhung beim Versorgungsamt beantragt werden.

Bei dem Fall mit Spülfistel am Appendix (Fall Nr. 7) kam der Patient am 2. Tage postoperationem an Bronchopneumonie ad exitum.

Der Patient mit Spülfistel am Colon deszendens (Fall Nr. 10) starb am 5. Tag postoperationem infolge der Perforation eines Dickdarmgeschwüres mit allgemeiner Bauchfellentzündung.

B Von den zwei Enterostomie-Operationen kam der Coecostomieträger (Fall Nr. 8) am darauffolgende Tage nach der Operation an Herz- und Kreislaufversagen ad exitum. Der Patient mit Anus praeter naturalis sigmoideus (Fall Nr. 12) konnte in gebessertem Zustand 4 Wochen nach der Operation entlassen werden.
So wenig befriedigend wie die vorstehenden Resultate sind auch die Resultate der partiellen Colektomie mit

Enteroanastomose: 3 Todesfälle (Fall Nr. 3,4,5). Nur ein Patient wurde in "gebessertem Zustand" entlassen (Fall Nr. 9).

D Ein Colektomiepatient (Fall Nr. 13) konnte in beschwerdefreiem Zustand entlassen werden.

Die im November 1961 vorgenommene K o n t r o l l - U n t e r s u c h u n g an 3 chirurgisch behandelten Patienten der letzten 13 Jahre (1949-1961, Fall Nr. 11, 12, 13) ergab folgende Resultate:

Zur Untersuchung nicht erschienen: 2 Fälle (Nr. 11, 12)
Gebessert: 1 Fall (Nr. 13)

Die gebesserte Patientin (subtotale Colektomie mit terminaler Ileostomie, Fall Nr. 13) teilte uns bei der Kontrolluntersuchung folgendes mit:
Seit der Entlassung gehe es ihr "verhältnismässig gut". Der Appetit sei gut und sie könne auch alles, bis auf blähende und fettreiche Nahrung, essen und gut vertragen. An Gewicht habe sie seit der Entlassung insgesamt 34 Pfund zugenommen. Ihr Stuhlgang sei jetzt geregelt und sie habe mit der Zeit auch gelernt, mit dem Gummibeutel umzugehen. Nur der zurückgelassene Darmstumpf blute weiterhin und verursache ihr hin und wieder Schmerzen im linken Unterbauch. (Es sei hier besonders erwähnt, dass sich die Patientin zur totalen Exstirpation nicht entschliessen konnte und uns deshalb die E i n w i l l i g u n g zu dieser Operation n i c h t erteilte).

Zu den chirurgischen Behandlungsmethoden Stellung nehmend, können wir anhand dieser 13 Fälle folgendes sagen:

Von den hier angeführten Operationsmethoden scheint die rechtzeitige C o l e k t o m i e m i t t e r m i n a l e r I l e o s t o m i e den anderen Methoden überlegen zu sein. Jedoch bei der Colektomie empfiehlt es sich, eine t o t a l e E x s t i r p a t i o n durchzuführen, denn der zurückgelassene Rectumstumpf kann, wie auch unser Fall zeigt, zu Beschwerden führen,

so dass er doch noch später exstirpiert werden muss.

Bei der chirurgischen Behandlung wäre noch besonders auf die Vor- und Nachbehandlung zu achten. Die hohe Mortalität 60 % (Fall 3, 4, 5, 7, 8, 10) unseres ersten Behandlungsplanes (1935-1945) ist ausser auf die damals noch nicht so gut entwickelten Operationsmethoden auch auf die mangelhafte Vorbereitung der zu operierenden Patienten zurückzuführen, da die Patienten sofort nach der Einweisung innerhalb der ersten zwei, drei Wochen operiert wurden.

D i s k u s s i o n

Anhand von diesen 112 Fällen der entzündlichen Dickdarmerkrankungen, die in den Jahren von 1935-1961 im Martin Luther-Krankenhaus stationär sowohl intern-konservativ, als auch chirurgisch behandelt wurden und die im Rahmen dieser Arbeit im Hinblick auf die Aetiologie und Therapie eingehend ausgearbeitet wurden, seien nun die Ergebnisse diskutiert und womöglich auch mit denen der neuesten Literatur-Erscheinungen verglichen.

Die Colitis ulcerosa ist eine relativ seltene Krankheit - 112 Fälle in 27 Jahren, d.h. ca 4 Fälle in einem Jahr - eine Feststellung, die auch im allgemeinen anerkannt und bestätigt worden ist.

Das Auftreten von Colitis ulcerosa ist übrigens, wie einige Autoren aus der europäischen Literatur entnehmen konnten, in Europa viel seltener als in Amerika (OPPOLZER, DEUCHER, HENNING u.a.).

DEUCHER ist jedoch der Ansicht, dass die Colitis ulcerosa in Europa n i c h t gar so selten ist, da viele Colitispatienten eben in kleinen und mittleren Krankenhäusern oder gar zu Hause liegen, "weil man ihnen ja in der Klinik auch nicht helfen könne". Sie werden deshalb zahlenmässig nicht erfasst.

Beide Geschlechter werden von dieser Krankheit befallen, jedoch das weibliche Geschlecht scheint bevorzugt zu werden - 71 weibliche Patienten von insgesamt 112 Fällen = ca 64,4 %.

Die Ansichten darüber, welches Geschlecht bevorzugt von der Krankheit befallen wird, gehen jedoch weit auseinander. Obwohl die meisten Autoren der Ansicht sind, dass das weibliche Geschlecht bezüglich der Colitis ulcerosa bevorzugt wird (BARTELHEIMER, BECKER, FISCHER und MANTZ, LAUDA, LUMB und PROTHEROE, ZEITLHOFER u.v.a.), glauben andere Autoren wiederum, dass das männliche Ge-

schlecht in der Mehrzahl befallen wird (DEUCHER u.v.a.). Es gibt aber auch eine geringe Anzahl von Autoren, die ihrerseits die Meinung vertreten, dass die Krankheit bei beiden Geschlechtern gleich häufig zu beobachten ist (HEILMEYER, HULST u.a.).

Als altersmässig bevorzugt von der Krankheit werden die "jugendlichen Erwachsenen zwischen 20 und 40 Jahre", mit einem deutlichen Akme im dritten Lebensjahrzehnt von den meisten Autoren angegeben (DEUCHER, ZEITLHOFER u.a.) Der grössere Teil unserer hiesigen Patienten war jedoch im Alter zwischen 31 und 70 Jahre mit dem deutlichen Kulminationspunkt im 60. Lebensjahr (vergl. Tabelle 1, Seite 7).

Auch Jugendliche und Greise bleiben von dieser Krankheit nicht verschont. Unsere jüngste Patientin war 10 Jahre, die älteste 81 Jahre alt.

DEUCHER gibt einen Prozentsatz von 3,9 % bei Kindern unter 10 Jahre und 2,2 % bei Greisen über 60 Jahre an.

Die jüngsten in der Literatur erwähnten Patienten waren bei Ausbruch der Krankheit wenige Tage alt, der älteste 96-jährig (zitiert von DEUCHER).

A e t i o l o g i e:

"Es herrscht diesbezüglich weder klare Sicht noch Einhelligkeit der Meinungen".....(LAUDA)

Zweifelsohne sind bis heute zahlreiche Hypothesen aufgestellt und auch experimentelle Untersuchungen an Tieren und Menschen durchgeführt worden, aber keine der Hypothesen hat sich bis heute als alleinige Ursache der Colitis ulcerosa erweisen können. Da bis heute unzählige Ursachen für die Entstehung der Colitis ulcerosa in Betracht gezogen und auch diskutiert worden sind, jedoch später widerlegt wurden, soll im Rahmen dieser Arbeit vor allem auf die infektiöse Genese und psychogene Faktoren hingewiesen und eingegangen werden.

I. Infektiöse Genese:

Fast sämtliche in der Bakteriologie bekannten Gruppen und Untergruppen von Krankheitserregern sind für die Entstehung der Colitis ulcerosa verantwortlich gemacht worden. Dementsprechend wurden auch zahlreiche Forschungen und Tierexperimente durchgeführt. Was aber von einigen Autoren festgestellt und auch von anderen Autoren bestätigt wurde, konnte vom dritten Autoren , trotz Nachuntersuchungen, nicht nachgewiesen werden.

Folgende Erreger sind bis heute in Erwägung gezogen worden:

A Kugelbakterien:
Haemolysierende Staphylococcen und verschiedene Streptococcenstämme incl. Streptococcus faecalis (= Enterococcen) und Streptococcus lanseolatus (= Pneumococcen).

B Stäbchenbakterien:
Mycobakterium tuberculosis, Bakt. coli, Bakt. typhi, Salmonella, Ruhrbakterien, Bakt. pyocyaneum und Bakt. proteus.

C Schraubenbakterien:
Vor allem Treponema pallidum, aber auch die Spirillen. Neben den bakteriellen Erregern sind auch Pilze (Monila albicans, Hefe), Protozen (Amoeben, Lamblien, Cercomonas, Trichomonas, Balantidium coli), Helminthen (Bilharzia) und - Viren angeschuldigt worden.

Einige der hier genannten Erreger konnten wir in den von insgesamt 28 Fällen bakteriologisch untersuchten Stühlen bei 17 Fällen nachweisen. (vergl. Tabelle 3, Seite 11).
In 11 Fällen blieb die Darmflora unverändert.
Gegen die infektiöse Aetiologie sprachen auch in unserem Krankengut die Werte der Blutsenkung, die von sämtlichen 112 Fällen in nur 26 Fällen beschleunigt war und die Leukozyten, die nur in 14 Fällen (von 112 Fällen) über 10 000 lagen.

Gegen die Theorie der infektiösen Aetiologie im allgemeinen spricht die Erfahrung, dass die Colitis ulcerosa nicht ansteckt (HENNING) bzw. das Versagen der antibiotischen Behandlung (M. MANCUSO).

STELZNER begründet seine Ablehnung der infektiösen Aetiologie damit, dass nach totaler Colektomie die Krankheit tatsächlich ausheilt und die hypothetische Colitisnoxe keinen anderen Abschnitt des Magendarm-Kanals bzw. kein anderes Organ stellvertretend wieder schädigt.

Auch bei der segmentären Colitis tritt in den seltensten Fällen ein Rezidiv auf, wenn man den erkrankten Darm bis ins Gesunde reseziert (STAHLGREN und später VERGUSSON - zitiert von STELZNER) - wiederum ein Beweis gegen die infektiöse Aetiologie.

Wenn auch im allgemeinen auf die infektiöse oder gar parasitäre Genese hingewiesen wird, so ist es doch nach Ansicht von EICHELTER u.a. Autoren unklar, ob die Erreger primär oder sekundär einwirken. Nach Mitteilung von DEUCHER neigt man aber im allgemeinen eher zu der Ansicht, dass die og. Erreger nur Ausdruck der sekundären Infektion sind und höchstens als solche behandelt werden müssen.

FISCHER und MANTZ sind der Meinung, dass die ursprüngliche Auffassung: "Die Colitis sei eine Folge infektiöser Darmerkrankungen, insbesondere der Ruhr, Typhus, Tuberkulose, schon längst überholt worden ist."

Wenn man aber in der Literatur über die Colitis ulcerosa nachliest, so ist doch in Übereinstimmung mit DEUCHER festzustellen, dass die Frage der infektiösen Aetiologie immer wieder aufgeworfen wird. Wenn auch die Dysenterie am Ende des vorigen Jahrhunderts von der Colitis ulcerosa abgegrenzt wurde, so wird heute die bazilläre Ruhr bzw. die Amoebenruhr ernsthaft als Ursache der Colitis ulcerosa erwogen. Jedoch weder die Bazillen noch die pos. Agglutinationen sind in allen Fällen festzustellen.

In den letzten Jahren sind einige Autoren zu der Feststellung gekommen, dass sogar die n o r m a l e D a r m f l o r a unter gewissen Bedingungen die Colitis ulcerosa hervorrufen könnte, d.h. mit anderen Worten, die Krankheit sei idiopathischen Ursprungs (PEZOLD, A.W. FISCHER, DÖRFLER, ZEITLHOFER, LAUDA u.a.). Die natürliche bakterielle Darmflora könnte gestört sein:

1.) wenn der Fermenthaushalt des Darmes in Verbindung mit der Darmperistaltik (insbesondere solcher spastischer Art) gestört ist (DÖRFLER).

Da diese beiden Faktoren wiederum zentral gesteuert werden, können seelische Ereignisse mannigfacher Art auf nervösem Wege Dysregulationen im Darm verursachen, die dann zu den bekannten Krankheitsbildern der Colitis mucosa und ulcerosa führen. - Die Konstitution der Betroffenen soll dabei auch eine Rolle spielen.

2.) Wenn eine längere Behandlung mit Antibiotica vorangegangen ist (PEZOLD, ZEITLHOFER u.a.), vor allem mit Breitspektrum-Antibiotica wie Achromycin, Terramycin u.a., aber auch mit Penicillin, Streptomycin bzw. Kombinations-Präparaten. Durch die Antibiotica-Wirkung kommt es dann

a) zu einer Unterdrückung bzw. Elimination der empfindlichen Keime, besonders der Coli-Flora und somit zu dem weitgehenden Schwund der physiologischen Darmflora und

b) zu einer Verminderung der im Darm synthetisierten Vitamine (besonders B-Komplex).

Die gegen Antibiotica und Vitamin-Mangel resistenten Keime, vor allem Staphylococcen, aber auch Proteus, Pyocyaneus, gewisse Pilze (z.B. Monila albicans u.a.) können sich dann schrankenlos vermehren, die restitierende Darmflora enorm überwuchern und auf Grund ihrer pathogenen Eigenschaften zu entzündlichen Darmveränderungen Anlass geben.

Zusätzlich hierzu sollen aber auch d i s p o s i t i o - n e l l e F a k t o r e n (wie Alter, herabgesetzte Resistenz) sowie o r g a n i s c h e F a k t o r e n (wie das besonders häufige Auftreten von Colitis nach abdominellen Operationen oder bei Darmprozessen, wie stenosierende Carcinome, lokale Ischaemie) mitverantwortlich sein (ZEITLHOFER).

3.) Einer anderen Hypothese zufolge würde die normale Darmflora vor allem dann pathogen wirken, wenn ein p r i - m ä r e r D a r m s c h a d e n vorliegt (LAUDA). Einen derartigen Primärschaden könnte schon die sogenannte "reizende Kostform" verursachen, wobei sich die normalen Abbaustoffe der Verdauung, wie Milchsäure, Fettsäure, Essigsäure und andere aromatische Stoffe als toxisch erweisen.
Auch die chronischen Stauungen cardialer oder portaler Art bedingen eine erhöhte Epitheldurchlässigkeit.

Ferner kann auch ein langanhaltender Gebrauch von Laxantien, nervös beschleunigte Darmperistaltik mit sekundärer mangelhafter Nahrungsausnutzung und folgenden Dyspepsien, rein nervöse Diarrhoen mit stärkerer Transudation im Darm, stark wässerige allergische Diarrhoen sowie die allergische Myxoneurose, die Schleimhaut für die Colitis bzw. für die Aktivität der Darmflora entsprechend vorbereiten.

4.) Die Hypothese, die von FISCHER und MANTZ aufgestellt ist, befasst sich ebenfalls mit mehreren Faktoren als die auslösende Ursache für die Entstehung der Colitis ulcerosa. Nach Ansicht von diesen Autoren stellt der Magen-Darm-Kanal eine funktionelle Einheit dar, da bei entzündlichen Erscheinungen in einem bestimmten Abschnitt des Magen-Darm-Kanals immer der g e s a m t e Magen-Darm-Trakt und darüberhinaus in gewissen Fällen oft auch die Anhangdrüsen des Verdauungskanals mit ihren zuführenden Gangsystemen erkrankt sind.

Auf vegetativ nervöser Grundlage (besonders bei"vegetativ stigmatisierten" Patienten) kommt es dann zu Veränderungen der Drüsensekretion im gesamten Magen-Darm-Trakt. Die fast immer vorhandene Sub- und Anacidität ist dabei von besonderer Wichtigkeit.
Die schlecht gekauten Speisem - bedingt durch die bestehende Nervosität - erfahren durch den Säuremangel im Magen keine chemische Verkleimerung und auch keine Abtötung der oral aufgenommenen Bakterien.
Wenn dieser unzureichend vorbereitete Speiserest in den Dünndarm gelangt, was auch infolge fehlenden Säurereizes auf dem Pylorus abnorm schnell geschieht, verursachen sie dann durch mechanische, chemische und bakterielle Reizung der Dünndarmschleimhaut die Enteritis, die der Colitis vorausgeht. Dieser Vorgang ist auch röntgenologisch durch eine B e s c h l e u n i g u n g d e r P e r i s t a l t i k nachweisbar. Die nur unzureichend ausgenutzten und mit unphysiologischen Keimen durchsetzten Nahrungsstoffe fallen Zersetzungsprozessen anheim, deren chemische Produkte g i f t i g auf die Darmschleimhaut einwirken.

Infolge dieser zusätzlichen Reizwirkung wird die Peristaltik noch stärker beschleunigt und die Schleimhaut des Darmes noch stärker geschädigt. Durch diese abnormen chemischem und bakteriellen Einflüsse entsteht zunächst eine k a t a r r h a l i s c h e Entzündung an der Schleimhaut des gesamten Darmkanals. Später kommt es durch die übermässige Reizung des Darmnervensystems zu der sogenannten Colitis mucosa (als Frühstadium der sich anbahnenden schweren ulcerösen Colitis).

Der schlecht verdaute, viel zu grobe Speisebrei, die in ihm enthaltenen chemischen Zersetzungsprodukte und Bakterien sowie die meist bestehende Vagusübererregung führen vereint zu Haemorrhagien und schliesslich zu Schleimhautulcerationen. Der noch oft mit pathogenen Keimen verseuchte Stuhl kann in den Ulcerationen zu Eiterungen führen.

DEUCHER stellt jedoch fest, dass auf jedem Defekt der Darmschleimhaut eine Ileitis oder Colitis ulcerosa entstehen kann, wenn die primäre Läsion nicht prompt abheilt und eine sekundäre bakterielle Invasion erfolgt.

Zu den Möglichkeiten der mikrobiellen Schädigung als Ursache der Colitis ulcerosa stellungnehmend, stellt der Bakteriologe SCHMIDT fest, dass die "bakteriologische Diagnose - vor allem, wenn es sich um das Auftreten pathogener Keime oder um eine Störung des mikrobiellen Gleichgewichtes handelt, ausserordentlich schwierig ist, und die Befunde im Zusammenhang mit der Klärung einer Colitis ulcerosa mit grosser Zurückhaltung ausgewertet werden müssen."

II. Psychogene Faktoren:

In unserem Krankengut waren von den insgesamt 112 Fällen bei 32 Patienten = 28,5 % diese aetiologischen Faktoren zu ermitteln (vergl. Tabelle 5, Seite 12). Als auslösende Momente wurde vor allem auf Änderung der Lebensbedingungen (Ehe und Schwangerschaft, Verlust nahestehender Personen), Aufregungen verschiedenster Art, seelischer Schock, geschwächte Konstitution und körperliche Überanstrengung hingewiesen. Auf diesen Faktor legten wir besonderen Wert und deuteten auch zur gleichen Zeit darauf hin, dass, wenn man bei sämtlichen 112 Fällen mehr Wert auf die psychische Exploration gelegt hätte, wahrscheinlich in noch mehr Fällen gerade dieser Faktor als ausschlaggebende Ursache in den Vordergrund gerückt wäre. Für diese psychischen Faktoren in unserem Krankengut spricht auch die Tatsache, dass besonders in den Kriegsjahren (1938-1943), die mit grossen körperlichen und seelischen Belastungen verbunden waren, 49 von insgesamt 112 Fällen = 43,7 % aufgenommen wurden (vergl. Seite 8-10 und 13).
Wie mitgeteilt wird (DEUCHER, HENNING, ENKE, SPERLING) wurde von MURRAY vor 30 Jahren (1930) auf die psychogenen Faktoren als Ursache für das Zustandekommen einer Colitis ulcerosa hingewiesen. Diese Feststellung wurde dann von zahlreichen Autoren bestätigt und erweitert. Heute ist sich die Mehrzahl der Autoren darüber im klaren, dass die psychischen Faktoren für das Zustandekommen der Colitis ulcerosa eine nicht zu bagatellisierende

Rolle spielt (OPPOLZER, DEUCHER, PIETSCHMANN, BARTELHEIMER, PANNHORST, KARGES und LÖHR, CURTIUS, DÖRFLER, SPERLING, FRANKEL). Um diese Frage zu klären, wurden von zahlreichen Autoren auch experimentelle Untersuchungen an Tier und Mensch angestellt (HENNING, OPPOLZER). Man konnte dabei allein durch Rectoskopie und bei Kolostomieträgern die Schleimhaut des Colons beobachten und durch emotionelle Erregungen und Schreckerlebnisse, Spasmen und sogar Ulcerationen der Schleimhaut feststellen. Diese Beobachtungen am Menschen werden unterstützt durch die Tierversuche von WERNER, HOFF und SIMON, die durch langdauernde Gaben von cholinergischen Substanzen Hyperaemien, Blutungen und Ulcera im Colon erzeugen konnten; die Läsionen wurden durch Wirkung auf den Vagus oder die sacralen parasympathischen Fasern erklärt (zitiert nach HENNING).

CURTIUS zusammen mit BRANDT arbeiten 70 Krankenblätter von Colitiskranken durch und explorierten eingehend eine grössere Anzahl von Patienten. Sowohl die Krankenblätter als auch die Explorationen ergaben eine ganz hohe Zahl psychogen auffälliger Patienten.

Auf die neurose-psychogenen Faktoren eingehend meint OPPOLZER: "Es ist meiner Meinung nach zu erwarten, dass auch bei uns die Colitis ulcerosa im Laufe der Jahre, wie bereits in den westlichen Ländern, eine weitere Zunahme erfahren wird. Das gehetzte Leben, das Fehlen von ruhigen Erholungspausen, die Überforderung im Streben nach materieller Besserstellung und andere Ursachen führen zwangsläufig zu Konfliktsituationen und zur vermehrten N e u r o t i s a t i o n. Damit verbindet sich folgerichtig ein übererregbares vegetatives System, das sich vornehmlich in Spasmen der glatten Muskulatur und in vasomotorischen Störungen verschiedener Organsysteme manifestieren kann. Hier im Colon."

Es werden nach Mitteilungen von DEUCHER folgende Charakterzüge von GROEN angegeben, die man am häufigsten bei Colitiskranken antrifft:

"Gut entwickelter Intellekt. Ausgesprochene Sorgfältig, übertriebene Sensibilität. Zögernde, unausgeglichene Haltung gegenüber dem Wert und Gewicht der eigenen Persönlichkeit. Egozentrizität. Passives Verhalten gegenüber dem Leben. Furchtsamkeit. Auffallender Mangel an Aggressivität. Überaus grosses Bedürfnis nach Mitgefühl und Liebe. Übertriebene, idealistische, hie und da naive und kindliche Auffassung von der Liebe. Bei Männern eine abnorm starke Bindung an die Mutter, oft sogar kombiniert mit Furcht vor dem Vater. Schwer dazu zu bringen, über ihr eigenes Innenleben zu berichten."

Zu berücksichtigen unter diesem aetiologischen Gesichtspunkt wäre noch die hormonale und vegetative Fehlsteuerung sowie die Konstitution. Denn diese Faktoren greifen so ineinander über, dass es oft sehr schwer fällt, die primären von den sekundären zu unterscheiden. So wird z.B. berichtet, dass die Colitis ulcerosa auf Überproduktion des mycolytischen Enzyms "Lysozym" mit primärer Zerstörung der Schleimhaut und submucöser bakterieller Invasion beruhe. Dabei werden diese Enzyme bei Ärger, Wut und Niedergeschlagenheit vermehrt im Stuhl nachgewiesen, während auf der anderen Seite der Stuhltiter bei psychischer Beruhigung prompt abfällt (zitiert von DEUCHER).
Und unter K o n s t i t u t i o n werden folgende Charaktermerkmale angegeben: Schwache leptosome und blasse Typen, die stets unter s e e l i s c h e n Konflikten leiden und die erheblichen Belastungen in Beruf und Leben unterliegen. Sie sind reizbar, überängstlich und widerspenstig. Sie neigen zur Übersteigerung von Ärger, Angst und Schuldgefühlen, sie unterliegen z.T. einer Hyper-Sexualität und legen in vielen Fällen eine übernormale Passivität gegenüber den Erfordernissen des Existenzkampfes an den Tag. Es handelt sich somit um Gruppen von Patienten, die gemeinhin als "vegetativ stigmatisiert" oder auch als Neurastheniker und Psychopathen bezeichnet werden (FISCHER und MANTZ).

Die restlichen aetiologischen Momente, die bis heute diskutiert und in Erwägung gezogen sind, die aber in unserem Krankengut keinen grösseren Platz einnehmen (vergl. Tabelle 5, Seite 12) seien hier vollständigkeitshalber kurz erwähnt: Toxisch wirksame exogene Stoffe wie z.B. Metallverbindung (Quecksilber, Arsen, Wismuth), endogene Gifte wie Uraemie, Verbrennung, selten auch Ikterus, endokrine Störungen wie etwa beim Morbus Cushing, Hyperthyreose, Morbus Addison u.a., Störungen der Lymph- und Blutzirkulation sowie Blutkrankheiten wie z.B. Agranulocytose, Leukämie u.a.
Maligne Embolien aus einem primären Infektionsherd, das Stressulcus, die Thrombosen in den kleinen Endarterien, die primäre endogene alimentäre Intoxikation mit Überwiegen von Gärungs- oder Fäulniserregern, allergische Vorgänge, Stauungsvorgänge, familiäre Vorkommen, Gewalteinwirkungen, die postoperative Colitis ulcerosa, chronische Ernährungsschäden und Avitaminosen sowie Nahrungsmittelallergien.
Betrachten wir nun die Ergebnisse der hier aufgezählten aetiologischen Momente, so kann man sagen, dass die Vielfalt der Ansichten darauf hindeuten, dass die Aetiologie nach wie vor völlig unklar ist. Hieraus lässt sich entweder ableiten, dass die Colitis ulcerosa aetiopathogenetisch keine Einheit darstellt (LUMB und PROTHEROE, HENNING, BAUNACH, Enke, BAUERS u.a.), oder dass eine noch unbekannte Aetiologie der Krankheit zugrunde liegen muss.
Aus den Ergebnissen unseres Krankengutes ist jedoch festzustellen, dass die psychogenen Faktoren eine ausschlaggebende Rolle bei der Entstehung der Colitis ulcerosa spielt, eine Tatsache, die auch von mehreren anderen Autoren bestätigt worden ist. Jedoch ist es unwahrscheinlich, wie auch HENNING, LAUDA u.a. es betonten, dass die Colitis ulcerosa generell als eine psychosomatische Krankheit aufzufassen wäre.
Auch die neue Hypothese über die normale Darmflora bzw. die Hypothese, dargestellt von FISCHER und MANTZ, bedürfen besonderer Beachtung.

Therapie:

Zunächst sei hier vorweggenommen, dass sogar schwere

ulceröse Colitiden spontan remittieren bzw. heilen können (CURTIUS, PIETSCHMANN), sie sind aber äusserst selten. Wie mitgeteilt wird, hat sie VON BERGMANN nur 2-3mal gesehen.
Über die spontane Remission wird uns von STELZNER folgendes mitgeteilt:
"Die natürlichen, von jeder Therapie unabhängigen spontanen Remissionen, die zum Charakter einer Colitis gehören, täuschen bei allen, auch den absurdesten Heilmassnahmen, Erfolge vor, die keine sind, denn früher oder später folgt der Rückfall, der sich steigernd immer schwerer zu sein pflegt."
Ähnliche Gedankengänge verfolgt auch HUMBERT.
Da die Aetiologie der Krankheit, wie vorstehend festgestellt wurde, noch nicht geklärt ist, und da wir im Rahmen dieser Arbeit uns hauptsächlich auf die infektiöse Genese und auf die neurotisch-psychogenen Momente konzentriert haben, sollen bei der internistisch konservativen Behandlung der Colitis ulcerosa hauptsächlich diese zwei Faktoren berücksichtigt und diskutiert werden. Anschliessend werden dann die chirurgischen Behandlungsmethoden besprochen.

Intern-konservative Behandlung:

Dass die Colitis ulcerosa primär und ohne Einschränkung in die Hände der Internisten gehört, wird allgemein eingesehen und auch empfohlen (DEUCHER, OPPOLZER, GALL, ZUSCHNEID, BAUERS u.a.).
Die Behandlung der Colitis ulcerosa fordert grosse Geduld (FISCHER und MANTZ), sowohl von dem behandelnden Arzt, dem Pflegepersonal als auch vom Patienten. Es gibt bis heute noch keine allgemeingültige Regel in der Therapie; sie muss wegen der Vielfältigkeit der Krankheitserscheinungen und der jeweiligen pathogenetischen Bedeutung im Einzelfall stark individuell abgestimmt sein (PANNHORST, BARTELHEIMER, GALL).

Wenn auch von der Vielzahl der empfohlenen Medikamente und Behandlungsvorschläge kein einziges sein P r i m a t nachgewiesen hat (STELZNER), so hat sich doch mit der Zeit eine gewisse allgemeingültige S t a n d a r d - T h e r a p i e herauskristallisiert (FISCHER und MANTZ, HENNING), die bei den leichtesten bis zu den schwersten Fällen der Colitis ulcerosa wirkungsvoll angewandt werden können.

1.) Zu der S t a n d a r d t h e r a p i e werden von den obengenannten Autoren Bettruhe, warme Leibwickel sowie Diät gerechnet.
Während Bettruhe als Grundtherapie im allgemeinen anerkannt und empfohlen wird, empfiehlt DEUCHER aus psychischen Gründen bei Kranken, die lediglich an einer leichten Proktitis leiden nur Schonung ohne Bettruhe.

Als Wärmebehandlung werden neben warmen Leibwickeln auch heisse Kompressen auf den Damm sowie warme Sitzbäder empfohlen (EICHELTER).

Als Diät wird im allgemeinen schlackenarme, aber kalorienhochwertige und vor allem vitamin- und eiweissreiche Kost empfohlen. Die Schlackenfreiheit der Kost darf aber nicht so weit gehen, dass dem Dickdarm keine mechanisch angreifbaren Fördersubstanzen mehr zur Verfügung stehen (PANNHORST). Milch, aber auch darmreizende Stoffe wie Alkohol (EICHELTER), Kaffee, Tee sowie Nikotin (PANNHORST) werden im allgemeinen untersagt. Die tägliche Eiweisszufuhr wird mit 120 g (DEUCHER) bzw. 2-3 g/kg (HENNING) angegeben, die bei Widerwillen der Patienten durch die Nasensonde gegeben werden soll (DEUCHER). Die Bedeutung der Diät führt PANNHORST weniger auf eine direkte therapeutische Massnahme zurück, sondern bezeichnet sie als einen wichtigen Faktor der allgemeinen Regelung der Lebensweise der Colitiskranken, auch vom Psychischen her gesehen.

Der Wert einer r e c t a l e n L o k a l b e h a n d l u n g wird sehr umstritten (CURTIUS, DEUCHER, PANNHORST u.a.) Nach Ansichten von DEUCHER scheint es nicht ausge-

schlossen, dass die Mikroorganismen mit der im Rectum und Sigma eingeführten Flüssigkeit weiter proximalwärts transportiert werden könnten, wo sie dann u.a. grossen Schaden anrichten können. Nach PANNHORST wird das hypochondrische Interesse der Patienten an den Darmentleerungen oft irreversibel verstärkt.

Es gibt aber doch andere Autoren, die sich weiterhin für die Lokalbehandlung einsetzen und sie empfehlen. (EICHELTER, FISCHER und MANTZ, KARGES und LÖHR, PIETSCHMANN). Als Mittel werden empfohlen: "Stryphnon", Dermatol mit Lebertranöl, Adsorganaufschwemmungen, Argentumlösung 1:2000, Kamillenaufgüsse mit Sympatol bzw. Hydrocortisonlösung, Azulen, Yatren, Kamillen- und Gerbsäurepräparate, Rivanol und Stärke sowie tanninhaltigen Kamillentee.

Die effektive Wirkung dieser Standarstherapie (und in vereinzeöten Fällen sogar Heilung) ist vor allem bei den leichtesten Formen der Colitis zu spüren, bei denen die Krankheit noch nicht über längere Zeit besteht, und bei denen es noch nicht zur Geschwürsbildung gekommen ist (HENNING). Schon allein mit dieser Standardtherapie einschliesslich der Lokalbehandlung konnten im Martin Luther-Krankenhaus 22 von insgesamt 112 Patienten = 19,6 % gebessert entlassen werden (vergl. Tabelle 15).

Es ist jedoch sehr schwierig, ein Urteil darüber abzugeben, ob eine Dauerheilung mit dieser Standardtherapie erzielt worden ist, (da wir keine Möglichkeit hatten, die Kranken auch später zu kontrollieren), und ob überhaupt die während der stationären Behandlung erzielte Heilung auf die Standardtherapie zurückgeführt werden kann oder vielleicht die Krankheit zur spontanen Remission bzw. spontanen Heilung gekommen ist.

1a) B e i s c h w e r e n F ä l l e n u m f a s s t d i e s t a n d a r d t h e r a p i e noch die Wiederherstellung des Eiweissdefizits, des Mineralhaushaltes und des Flüssigkeitsersatzes durch massive Blut- und

Plasmatransfusionen (OPPOLZER, EICHELTER, PIETSCHMANN, HENNING, KARGES und LÖHR, FISCHER und MANTZ, HUMBERT, PANNHORST u.a.).
Während DEUCHER eine Infusion von 1000 ccm Blut oder 500 ccm Plasma und ebensoviel Blut und noch mehr empfiehlt, hält PANNHORST die Wirkung von häufigen kleinen Übertragungen von je 200 ccm Blut für schneller und nachhaltiger als die gelegentliche Durchführung einer Grosstransfusion.

2.) Bekämpfung der Infektion:
Wie bereits erwähnt, wird von manchen Autoren die infektiöse Aetiologie der Colitis ulcerosa mit der Begründung abgelehnt, dass die Colitis ulcerosa nicht ansteckt bzw. dass die antibiotische Behandlung versagt.
Die antibiotische Behandlung der Colitis ulcerosa ist heute sehr umstritten. Während LAUDA glaubt, dass es nach Antibioticabehandlung zu einer Verschlechterung des Zustandsbildes kommt, wird von HENNING mitgeteilt, dass Aureomycin und Terramycin gelegentlich selbst eine schwere ulceröse Colitis auszulösen vermögen. Von KARGES und LÖHR u.a. wird mitgeteilt, dass die antibiotische Behandlung nachhaltige Störungen des biologischen Gleichgewichts der Darmflora mit nachfolgender tödlicher Darmperforation zur Folge haben kann. Von den 11 Patienten, die KARGES und LÖHR mit verschiedenen Antibioticis behandelten, zeigte nur ein Patient gute Besserung. Hiergegen wird von anderen Autoren (PIETSCHMANN, FISCHER und MANTZ, HUMBERT, OPPOLZER) über gute Resultate mit der Antibioticabehandlung berichtet. Als angewandte Präparate werden u.a. erwähnt: Streptomycin, Aureomycin, Chloromycetin (Paraxin), Tetracyclin, Thyrothrizin und Penicillin.

Auch die Therapieerfolge mit den Sulfonamiden sind umstritten. So wird von SMITT (zitiert von FISCHER und MANTZ) mitgeteilt, dass mit der Sulfonamidtherapie keine wesentliche Besserung der Behandlungsmöglichkeiten herbeigeführt werden kann, besonders dann nicht, wenn keine Eitererreger die Darmflora überwuchert haben.

Mit dem seit 1941 von SVARTZ in der Therapie der Colitis ulcerosa eingeführten S a l a z o p y r i n = A z u l f i d i n e haben weder DEUCHER noch STELZNER einen entscheidenden Umschwung in der Therapie beobachten können. Von STELZNER wird über zwei Fälle berichtet, die er mit Azulfidine ohne Dauererfolg behandelt hat. Die Azulfidine soll nach seiner Ansicht ebenso symptomatisch wirken, wie die Steroidtherapie.

Im Martin Luther-Krankenhaus wurden 3 z.T. schwere Colitisfälle mit diesem Medikament behandelt. Nur bei einem Fall konnte eine Heilung erzielt werden. Ein Fall sprach überhaupt nicht auf dieses Mittel an, so dass die Sulfonamidtherapie später gewechselt werden musste. Einen Kranken verloren wir durch Azulfidine-Überdosierung an Leukopenie (500/cmm).
Über gute Resultate mit der Sulfonamidtherapie der Colitis wird von PANNHORST, FISCHER und MANTZ, KARGES und LÖHR, PIETSCHMANN, OPPOLZER, HUMBERT, GORLITZER VON MUNDY und LAUDA berichtet. Von 23 Colitiskranken, die KARGES und LÖHR mit verschiedenen Sulfonamid-Präparaten behandelten, war bei 8 Patienten eine gute Wirkung, bei 5 Patienten leichte Besserung zu verzeichnen. In 10 Fällen konnte kein Effekt festgestellt werden.
Besonders bewährt haben sich folgende Sulfonamid-Präparate: Taleudron, Sulfaguanidin-Präparate, Sulfosuccidin, Sulfapyridin, Azulfidine, Supronal, Entero-Vioform, Formo-Cibazol, Prontosil und Intazim.

3.) A C T H u n d C o r t i s o n :

OPPOLZER, HENNING, HULST u.a. berichten über gute Erfolge mit ACTH-Therapie, besonders bei schweren toxisch-febrilen Fällen, die dann in ein kontinuierlich chronisches Stadium übergeführt und damit operationsreif gemacht werden.
Viele Autoren (DEUCHER, PIETSCHMANN, FISCHER und MANTZ, HUMBERT, TRUELOVE und WITTS, STELZNER, LAUDA u.v.a.) warnen aber vor der Anwendung dieser Präparate in der Behandlung der Colitis ulcerosa, da sie die entzündlichen Reakti-

onen des Körpers unterdrücken und damit die bedrohlichen Komplikationsgefahren (Perforation, Peritonitis) verschleiern. Ausserdem treten nach Absetzen des Präparates häufig wieder Rezidive auf (HUMBERT, TRUELOVE und WITTS, HENNING u.a.), und es ist das Operationsrisiko nach der ACTH-Therapie viel höher als vorher.
Von DEUCHER wird mitgeteilt, dass diese Hormontherapie heute in den meisten Colitiszentren überhaupt nicht mehr verwendet werden. Viele Internisten lehnen diese Hormone für die Colitisbehandlung ab, weil die Gefahren grösser sind als die zu erwartenden Erfolge.

4.) Andere Behandlungsmethoden:
Entsprechend der vielfältigen Symptomatologie wurden viele andere Behandlungsmethoden empfohlen und wieder verlassen, weil sie enttäuschten.
Erwähnt sei die Fiebertherapie, die Behandlung mit spezifischen Reizkörpern und Eigenblut, die Verwendung von Vaccineurin und Autovaccinen, die Serum- und Bakteriophagen-Behandlung, die Verabreichung von Thiouracil, Thephorin, Folsäure, Emetin und Antilysozymen in Form von Schweine-Magen-Extrakt oder Nisulfazol, die Sauerstoffinsufflationen und -Inhalationen, die Ultraviolett-Bestrahlungen u.a. (zitiert von DEUCHER).

5.) P s y c h o t h e r a p i e :
Der grosse Wert der Psychotherapie wird in den letzten Jahren von sehr vielen Autoren betont (PANNHORST, BARTELHEIMER, DEUCHER, CURTIUS, MOHR, DÖRFLER, HENNING, PIETSCHMANN, KARGES und LÖHR, FISCHER und MANTZ, FRANKEL, LAUDA u.v.a.). Es wird dabei aber eine oberflächliche und unterstützende psychiatrische Behandlung angeraten, die auch erfolgreich von dem Stationsarzt durchgeführt werden kann. Vor einer Routineverordnung einer psychiatrischen Behandlung bzw. der Hinzuziehung eines Psychiaters von ausserhalb an das Krankenbett wird gewarnt (PANNHORST, DEUCHER, LAUDA u.a.), weil extensive psychoanalytische Behandlung mit genauer Exploration der Persönlichkeit

neue Konflikte und damit ausgesprochene Verschlimmerung zur Folge haben kann.
Wenn auch im Gesamtbild der Colitisbehandlung die Bemühungen der Psychotherapeutem schwierig zu beurteilen sind, so ist doch die Einflussnahme derselben nicht von der Hand zu weisen (STELZNER). So berichtet CURTIUS über 3 Patienten, die wegen schwerer Colitis mit Hypnosen behandelt wurden, wobei in zwei Fällen Heilungen erzielt werden konnten, die 4 bzw. 8 Jahre lang anhielten.
Von DÖRFLER werden uns folgende Ergebnisse seiner Hypnosebehandlung mitgeteilt:

	Anzahl der Pat.:	keine Änderung:	gebessert:	geheilt:
Medikamentöse Behandlung	2 Col. mucosa	-	1	1
	3 Col. ulcerosa	2	-	1
Hypnose-Behandlung	9	-	-	9

Nachbeobachtungszeit (Hypnosefälle) 1 1/2 - 4 Jahre gute Resultate.

Resultate interner Behandlung:
Wenn auch die konservative Behandlung der Colitis ulcerosa bis heute zweifelsohne symptomatisch geblieben ist, so wird von einigen Autoren mitgeteilt (HUMBERT, DEUCHER), dass, wenn die Krankheit schon frühzeitig erkannt und mit allen ihren Begleiterscheinungen sofort konsequent bekämpft wird, mancher Patient vor einem foudroyanten Verlauf bewahrt und die Indikation zum chirurgischen Eingriff eingeschränkt werden könnte; denn je länger die Krankheit besteht, desto hartmäckiger trotzt sie allen Behandlungsmassnahmen (DEUCHER, HEBERER).
Die intern-konservative Behandlung verdankt heute zweifelsohne ihre vermehrten Erfolge den verfeinerten Hilfs-

mitteln und besseren Pflegemöglichkeiten, den Antibioticis und schwerlöslichen Sulfonamiden, dem Cortison und seinen Derivaten, den Vitaminen, Bluttranfusionen, der Beachtung des Elektrolythaushaltes und der ausgebauten P s y c h o t h e r a p i e (DEUCHER). Es wird ja deshalb auch im allgemeinen angeraten, eng und verständnisvoll mit mehreren D i s z i p l i n e n zusammenzuarbeiten (DEUCHER, OPPOLZER, BARTELSHEIMER). Alle Möglichkeiten sollen damit genutzt werden, um den Colitiskranken zu helfen.

Im Vergleich zu den früheren ungünstigen Resultaten interner Behandlung, die, wie mitgeteilt wird (OPPOLZER, DEUCHER, CURTIUS u.v.a.), knapp 50 % Heilung zeigten, wird die heutige Gesamtmortalität von 10 % als gutes Zeichen für eine Zusammenarbeit zwischen Medizin und Chirurgie gewertet. (BOCHUS zitiert nach DEUCHER).
Die Resultate der konservativ behandelten Fälle im Martin Luther-Krankenhaus haben wir in Tabelle 7 und 9 sowie auf Seite 30 zusammengestellt. In dem Zeitraum zwischen 1935 und 1945 konnten von den insgesamt 51 konservativ behandelten Fälle 32 Patienten = 62,7 % in gebessertem Zustand entlassen werden, während in der Nachkriegszeit (1946-61) die Anzahl der Patienten von insgesamt 48 konservativ behandelten Fällen, die in gebessertem Zustand entlassen wurden, 35 = ca 73 % betrug.
Trotz aller Bemühungem bleibt aber bei jeder konservativen Therapieform eine verhältnismässig hohe Quote von Misserfolgen. Mit der konservativen Behandlung der ulcerösen Colitis sollte man nicht zuviel Zeit verlieren (RÜHL u.a.), denn nach Ansicht von STELZNER ist eine sichere konservative Heilung der schweren Colitis mit grosser Zurückhaltung zu betrachten. Die einmal vorhandenen Veränderungen des Colons bleiben oft lebenslang bestehen und müssen als erheblich krebsdisponierend angesehen werden. Man muss sich deshalb rechtszeitig zur operativen Entfernung der erkrankten Darmabschnitte entschliessen.

C h i r u r g i s c h e T h e r a p i e :

Anschliessend sei noch auf die operativen Massnahmen verwiesen. Nachdem nun feststeht, dass die Aetiologie der

Colitis ulcerosa bis heute ungeklärt geblieben ist, ist man auch nicht in der Lage, eine causale Therapie betreiben zu können (STELZNER). Durch die konservative Therapie kann aber ein grosser Teil der Kolitiker in einem erträglichen Gleichgewicht gehalten werden und mancher Patient vor einem foudroyanten Verlauf bewahrt bleiben und die Indikation zum chirurgischen Eingriff eingeschränkt werden (HUMBERT, OPPOLZER). Trotzdem bleibt ein nicht geringer Teil der Fälle, 20-25 %, (GALL, DEUCHER) bei modernster, intensivster interner Therapie ungeheilt und muss rechtzeitig und noch in operationsfähigem Zustand dem Chirurgen zugeführt werden.

Während früher die Internisten bemüht waren, dem Chirurgen eher einen Fall zu entziehen als vermehrt zuzuweisen, entschliessen sie sich heute wegen der erstaunenswerten chirurgischen Erfolge in letzter Zeit, besonders bei den radikalen Methoden der totalen und subtotalen C o l e k t o m i e , leichter zur Operation.

Die Verhältniszahlen der operativ behandelten Fälle schwanken in den grossen Statistiken zwischen 3,5 und 40 % bzw. sogar 48 und 50 %. Den Prozentsatz der operierten Fälle bei Colitis ulcerosa der letzten Jahre hat OPPOLZER in seiner Arbeit zusammengefasst, die übersichtshalber hier wiedergegeben werden soll:

Klinik Mayo	1940-1949	5,5 %
KIEFER	1936	36,0 %
BARGEN	1943	3,5 %
LAHEY	1936	36,0 %
LAHEY	1951	50,0 %
WARREN und KITTRICK	1951	40,0 %
RIPSTEIN	1953	48,0 %
GRIMES	1955	21,0 %
CROHN	1956	20,0 %
SCHRÖDER	1956	46,0 %
DEUCHER	1955	25,0 %

Wie aus dieser Tabelle deutlich hervorgeht und OPPOLZER es auch besonders betont, hat trotz der Einführung der

Corticosteroide in die Therapie, die Operationsquote in den letzten Jahren eine bedeutende Zunahme erfahren und dies nicht nur in Amerika, sondern bereits in Europa.

Wie uns von DEUCHER mitgeteilt wird, haben in den letzten 60 Jahren die Chirurgen dreimal ihre Einstellung geändert. Während sie im Anfang versuchten, den Internisten in seiner Desinfektionsbehandlung zu unterstützen, indem sie eine S p ü l f i s t e l an der Appendix oder am Coecum anlegten, glaubten sie später, dass sie durch die komplette Ausschaltung des entzündeten Darmes mit Hilfe einer K o t a b l e i t u n g bessere Resultate herbeiführen könnten. Und nun in letzter Zeit neigen fast sämtliche Chirurgen dazu, das erkrankte Organ durch die C o l e k t o m i e zu entfernen oder gar den ganzen Dickdarm vom Coecum bis zum After durch die R e c t o - c o l e k t o m i e einzeitig zu resezieren.

Die operative Behandlung der Colitis ulcerosa (DEUCHER):

1.) Spülfistel: Appendicostomie / Coecostomie (nach WITZEL, nach KADER)

2.) Enterostomie: Colostomie: Coecostomie (seitl. Lippenfistel) / Transversostomie / Sigmoidestomie; Ileostomie

3.) Colektomie: (partiell, Halbseitig, total, - Rectumamputation).

Bevor wir auf die einzelnen Operationsmethoden zu sprechen kommen, scheint es hier angebracht, wie DEUCHER es auch betont, zwei Begriffe, die immer wieder vermengt werden, streng voneinander zu unterscheiden: die s e i t l i c h e K o t f i s t e l , die nur einen Teil der Gase und des Stuhls ableitet und der A n u s p r a e t e r n a t u r a l i s , aus dem sich der ganze Darminhalt entleert und durch welchen der distale Darmteil somit völlig ruhig gestellt wird.

Spülfistel: Das Anlegen einer Ventilfistel entweder am Coecum (n. WITZEL od.n. KADER) oder an der Appendix ist heute völlig überlebt (DEUCHER, STELZNER, BAUERS) und beanspruchen nur noch historisches Interesse.

Mit den schwerlöslichen Sulfonamiden und den Antibioticis per oral kann man heute ohne diese Operation eine ebenbürtige oder bessere Desinfektionswirkung erreichen. "Es gibt kaum mehr Patienten, die wegen einer Spülfistel davonkommen aber immer noch viele, die trotz einer Spülfistel sterben." (DEUCHER).

Enterostomie = Kotableitung: (entweder mittels Sigmoideostomie, Transversostomie, Coecostomie oder Ileostomie).

Die S i g m o i d e o s t o m i e ist nach Ansicht von DEUCHER unzweckmässig und gefährlich, weil die Entzündung fast regelmässig auf die benachbarte Haut übergreift und dann sehr schwer wieder abheilt.

Die C o e c o s t o m i e ist eine schlechte Operation, weil sie nur dann als axialer Anus praeter wirkt, wenn sich auch die Hinterwand des Coecums vorwälbt. Der Prolaps lässt sich kaum sauber versorgen und bedingt grosse Unannehmlichkeiten und eine hohe Invalidität (DEUCHER). Zusätzlich verhindert die Coecostomie nur noch ungenügend das Fortschreiten der Entzündung oralwärts, und Stühle und Gase können noch lange Zeit ins Colon aszendens gelangen.

Die Coecostomie und die Sigmoidestomie haben sich auf die Dauer nicht bewährt und werden von den meisten Chirurgen heute nicht mehr durchgeführt (DEUCHER, STELZNER, TILMANN, OPPOLZER).

Die a x i a l e T r a n s v e r s o s t o m i e wird heute nur noch ausnahmsweise ausgeführt; ihre Anwendung beschränkt sich auf die seltenen regionalen Colitiden am Colon deszendens und Sigma (DEUCHER). Wenn man, wie DEUCHER betont, auf Grund der frischen und älteren Röntgenbilder und des Operationsbefundes nicht mit vollkommener Sicherheit entscheiden kann, ob Colon aszendens und transversum noch gesund sind, soll man vorsichtigerweise den ganzen Dickdarm ausschalten.

Die I l e o s t o m i e birgt in jeder Beziehung weniger Risiken in sich und wird deshalb prinzipiell als allgemeine und erste chirurgische Massnahme empfohlen; auch

bei der Behandlung der regionalen Colitiden (DEUCHER, STELZNER, TILMANN). Mit dem aufklebbaren Gummibeutel= KOENIG-RUTZENBAG lässt sie sich völlig gas- und wasserdicht verschliessen, so dass jede normale physische Aktivität, wie Arbeit und Vergnügen, Badefreuden, Reisen, Schwangerschaft und Geburt, ohne jegliche Behinderung ausgeführt werden können (DEUCHER). Die früheren Ileostomie-Komplikationen sind heute durch bessere Operationstechnik überwunden worden.

Mit der Enterostomie hat man aber mit der Zeit die Erfahrung gemacht, dass sie, abgesehen von den ganz vereinzelten Ausnahmen, in den meisten Fällen kaum je wieder verschlossen werden kann. Die Entzündung distal von der Ableitung entwickelt sich weiter und führt dann nach Jahren durch Eiterung, Blutung, Krebsentwicklung oder Perforation zum Tode (DEUCHER, STELZNER, BAUERS). Von den zwei Colitispatienten, bei denen DEUCHER die Coecostomie ausführte, musste der eine Patient nach 10 Jahren colektomiert werden, weil er unter periodischen Fieberschüben und blutig-eitrigem Ausfluss aus dem After litt. Der andere Patient wies nach 20 Jahren ein inoperables Rectum-Carcinom auf.

Von der Mehrzahl der Chirurgen wird heute die totale Resektion des erkrankten Dickdarmes - die C o l e k t o m i e - vorgezogen (DEUCHER, STELZNER, HEBERER, OPPOLZER, LAUDA u.v.a.). Dabei kann man entweder einzeitig oder mehrzeitig vorgehen, je nach dem vorliegenden Befund und der Erfahrung der Chirurgen. Sogar das Rectum kann heute in der 1. Sitzung radikal entfernt werden, denn die Operationstechnik ist heute so entwickelt, dass der Eingriff eine sehr geringe Mortalität besitzt (STELZNER). Nach Mitteilung von DEUCHER sind die Aussichten am besten, besonders bei den toxischen und febrilen Kranken, wenn man den ganzen Dickdarm in der 1. Sitzung entfernen kann. Denn nach Ansichten von STELZNER, DEUCHER u.v.a. ist die Colektomie fast immer durchzuführen. Selbst bei schlechtem Zustand mit Blutdruck unter 100 systolisch wird der Eingriff gut überstanden.

Die s u b t o t a l e C o l e k t o m i e mit Herausleitung des abführenden Sigmaschenkels als eine Variation wird heute nicht mehr empfohlen. Sie ist, wie uns DEUCHER mitteilt, mit zahlreichen Nachteilen belastet.

1.) Die Perforation kann auch im herausgeleiteten Sigmastumpf auftreten, so gut wie im drainierten Rectum.
2.) Es wird der Teil des Dickdarms zurückgelassen, der häufig die schwersten Veränderungen aufweist.
3.) Zur Entfernung von Sigma und Rectumstumpf muss später die Bauchhöhle wieder eröffnet werden.
4.) Die Schleimfistel am Bauch ist für den Kranken sehr lästig.
5.) In den Lücken neben dem herausgeleiteten Sigma sind schon Dünndarmeinklemmungen beschrieben worden.

Heute haben sich deshalb die meisten Autoren zu Gunsten der R e c t u m a m p u t a t i o n entschieden, da der veränderte Darm doch zu nichts taugt und n i e mehr verwendet werden kann, ausserdem bedeutet er eine potentielle Gefahr in Bezug auf spätere Carcinomentwicklung, Blutung, Perforation und neue Colitisschübe mit Fistelbildung und Tenesmen.

Die ein- oder mehrzeitige R e c t o c o l e k t o m i e m i t t e r m i n a l e r I l e o s t o m i e wird heute als die Methode der Wahl in der Behandlung der Colitis ulcerosa von den meisten Autoren angesehen (DEUCHER, STELZNER, LAUDA, HEBERER, HENNING, BAUERS, RÜHL u.v.a.), weil sie mit einem Minimum von Risiken belastet ist und weil sie die sicherste Aussicht auf völlige Heilung gibt (DEUCHER).

Auch das anglo-amerikanische Schrifttum - nach Mitteilung von PIETSCHMANN - befürwortet heute im allgemeinen die totale Entfernung des Dickdarms, und zwar soll der operative Eingriff sogar schon dann ausgeführt werden, "wenn die Dickdarmerkrankung eine normale Lebensweise erschwert."

Als Indikation zum operativen Eingriff wird folgendes mitgeteilt:

A A b s o l u t e I n d i k a t i o n:

1.) Die selten akute, fulminate toxische Colitis, wenn

die konservative Behandlung nach 2-3 Wochen nicht zu einem eindeutigen Erfolg geführt hat.

2.) die Perforation

3.) die schwere Blutung

4.) Obstruktion mit Ileus

B Relative oder elektive Indikation:

1.) Therapieresistenz

2.) Regelmässig chronisch-rezidivierende Colitiden

3.) Gehäufte Exacerbation oder kontinuierlich progressiver Verlauf

4.) Lokale Komplikationen, wie Stenoseerscheinungen, proktitische Beschwerden, Stuhlinkontinenz und hartnäckige Analfistel

5.) Allgemeine Komplikationen, wie septische Zustände mit Fieber oder pyämischen Metastasen und alle vielfältigen Erscheinungen der chronischen Fokalinfektion

6.) Maligne Entartung u.a.m.

Die Mortalität totaler und subtotaler Colektomie hat OPPOLZER in seiner Arbeit zusammengefasst, die hier wiedergegeben werden soll:

Mortalität totaler und subtotaler Colektomie bei Colitis ulcerosa

	Jahr:	Fälle:		Mortalität:
AYLETT	1951	47		5,0 %
BOCKUS	1956	18	mit ACTH	21,0 %
			ohne ACTH	7,0 %
			insgesamt	28,0 %
CRILE u. Mitarb.	1951	32		6,2 %
DENNIS	1949	30		30,0 %
BROWN u. Mitarb.	1950	36		8,3 %
COLCOCK	1956	307	bis 1947	17,0 %
			nach 1947	4,3 %
DEUCHER	1955	12		16,0 %
GARDEN u. MILLER	1951	69		4,3 %
GOLIGHER	1956	61		7,0 %
GRIMES	1955	199		21,5 %
MC KITTRICK	1949	87		6,9 %

Mortalität totaler und subtotaler Colektomie bei Col. ulcerosa

	Jahr:	Fälle:	Mortalität:
MARDEN-BLACK	1948-55	60	5,0 %
RIPSTEIN	1953	43	4,6 %
RHOADS	1949	46	8,6 %

Im Martin Luther-Krankenhaus wurden bei den insgesamt 13 operierten Fällen an 4 Patienten = 30,7 % die partielle Colektomie mit Enteroanastomose (Ileocolostomie) und an einer Pertientin die subtotale Colektomie mit terminaler Ileostomie durchgeführt. Von den 4 Fällen mit partieller Colektomie konnte nur eine Patientin in "gebessertem Zustand" entlassen werden. Die restlichen 3 Patienten kamen ad exitum. Der subtotal colektomierte Fall mit terminaler Ileostomie, wenn auch gebessert entlassen, gab bei der Kontrolluntersuchung nach ca 2 1/2 Jahren an, dass der zurückgelassene Rectumstumpf weiterhin blute und Schmerzen im linken Unterbauch verursache.

Am Ende dieser Arbeit seien auch die relativ seltenen Operationsmethoden kurz erwähnt, die jedoch bei unseren klinischen Fällen keine Anwendung fanden:
Die Lobotomie, die frontale Elektrokoagulation, die Stirnhirninfiltrationen von MANDL und die Eingriffe am vegetativen Nervensystem. Diese Eingriffe sollen jedoch nach STAUB einen ähnlichen Effekt ausüben wie die Suggestion (zitiert von DEUCHER).
Es wird ferner empfohlen:
Vagotomie, die lumbale Sympathektomie und die sacrale Denervation. Es ist jedoch unwahrscheinlich, wie von DEUCHER mitgeteilt wird, dass mit Vagotomie auf der einen Seite bei Ulcus ventriculi Durchfälle auftreten, während auf

der anderen Seite die colitischen Durchfälle verschwinden sollten. - Auch von der Sympathektomie wird von dem selben Autor berichtet, dass sie noch vor wenigen Jahren als zweckmässige Behandlung für die chronische O b s t i p a t i o n beim Megacolon congenitum - HIRSCHSPRUNG - angepriesen wurde. Und nun sollen sie colitische Durchfälle zum Verschwinden bringen können und damit die Krankheit heilen können.

Z u s a m m e n f a s s e n d kann anhand von diesen 112 Fällen von Colitis ulcerosa im Martin Luther-Krankenhaus sowie anhand der neuesten Literatur über diese Erkrankung gesagt werden, dass die Colitiskranken primär und ohne Einschränkung in die Hände der Internisten gehören. Neben den diätetischen Massnahmen sowie der Bekämpfung der "sekundären" Infektion, vor allem mit Sulfonamiden und der Wiederherstellung des Eiweissdefizits, des Mineralhaushaltes und des Flüssigkeitsersatzes durch massive Blut- und Plasmatransfusionen, ist vor allem auf die psychotherapeutische Behandlung zu achten. Die Psychotherapie ist oberflächlich und unterstützend von dem Stationsarzt durchzuführen.
Mit der konservativen Therapie ist jedoch nicht allzuviel Zeit zu verlieren. Man sollte sich schon frühzeitig genug zum operativen Eingriff entschliessen.
Als Methode der Wahl bei der Operation ist die einzeitige R e c t o c o l e k t o m i e m i t t e r m i n a l e r I l e o s t o m i e zu empfehlen.

L i t e r a t u r :

1.) BARTELHEIMER, H. — Colica mucosa, Colitis ulcerosa. Dtsch. med. J., Berlin, 11:S.201 (1960)

2.) BAUERS, H.G. — Beitrag zur operativen Behandlung der Colitis ulcerosa. Zschr. ärztl. Fortbildg., Jena, 53:S 449 (1959)

3.) BAUMGÄRTEL, T. — Bakteriologie der Colitis ulcerosa. Verh.dtsch.Ges. Verdauungs- u.Stoffwechselkr. 17. Tagung 1953:S. 94 (1954)

4.) BECKER, TH. — Langenbecks Arch.klin.Chir. Berlin, 284:S. 357 (1956)

5.) BAUNACH, E. — Colitis ulcerosa als Folge vegetativer Fehlsteuerung. Zschr.Inn. Med. Leipzig, 13:S. 27 (1958)

6.) v. BERGMANN, G. — Funktionelle Pathologie. Berlin. Verlag Julius Springer, 1932

7.) CURTIUS, F. — Hypnotische Behandlung schwerer Colitiden. Dtsch. Arch.Klin.Med. 190:S.444 (1943)

8.) DEUCHER, F. — Die Indikation zur chirurgischen Behandlung der Colitis ulcerosa. Wien. Med. Wschr. 107:S. 1050 (1957)

9.) DEUCHER, F. — Colitis ulcerosa. Langenbecks Arch.Klin.Chir. Berlin. 284:S. 328 (1956)

10.) DEUCHER, F. — Zur Diagnose und Therapie der akuten Colitis ulcerosa. Klin. Wschr., Heidelberg, 33:S. 378 (1955)

11.) DEUCHER, F. — Die chirurgische Behandlung der Colitis ulcerosa. Verh.Dtsch.Ges.Verdauungs-u. Stoffwechselkr. 17. Tagung, 1953:S. 96 (1954)

12.) DEUCHER, F. Die Colitis ulcerosa. Erg. Chir. 39:S. 69 (1955)

13.) DÖRFLER, F. Behandlungsergebnisse bei Colitis ulcerosa und mucosa. Zschr.Ärztl.Fortbildg., Jena, 54:S. 747 (1960)

14.) EICHELTER, G. Die Proktitis ulcerosa und deren Therapie im Rahmen des Colitis ulcerosa-Problems. Wien.Klin.Wschr. 72:S. 545 (1960)

15.) ENKE, H. Pathogenetische Faktoren bei Colitis ulcerosa. Zschr.Psychotherap. Stuttgart. 9:S. 54 (1957)

16.) FIEGEL, G. u. RECKNAGEL, K. Verwendbarkeit und Wirkungsmechanismus von Glukokortikoiden und ACTH in der Therapie der Colitis ulcerosa. Münch.Med.Wschr. 99:S. 780 (1957)

17.) FISCHER, A.W. Langenbecks Arch.Klin.Chir.Berlin. 284:S. 376 (1956)

18.) FISCHER, H. u. MANTZ, O.R. Aetiologie und klinische Fragen zum Colitisproblem. Münch.Med.Wschr. 100:S.1347 (1958)

19.) FRANKEL, F. Ulcerative Colitis. Brit.Med.J. 4876:S.1403 (1954)

20.) GALL, F. Indikationen zur chirurgischen Behandlung der Colitis ulcerosa. Dtsch.Med.Wschr. Stuttgart. 85:S. 511 (1960)

21.) GORLITZER v. MUNDY, V. Ist die Colitis ulcerosa gravis non dysenterica eine Groß-Stadt-Krankheit? Med.Klin. Berlin. 54:S. 52 (1959)

22.) GREWE, H.E. Die chirurgische Behandlung der Colitis ulcerosa. Med.Klin.Berlin. 50:S. 1424 (1955)

23.) HEBERER, G. Zur chirurgischen Behandlung der Colitis ulcerosa. Dtsch.Med.J. 8:S. 607 (1957)

24.) HEILMEYER, L. Lehrbuch der inneren Medizin. Berlin. Springer. (1955)

25.) HENNING, N. u. WÜST, H. Chronisch rezidivierende Hautgeschwüre als Komplikation der ulcerösen Colitis. Med.Klin. Berlin. 55:S. 1507 (1960)

26.) HENNING, N. Colitis ulcerosa. Dtsch.Med.Wschr.Stuttgart. 83:S.1792 (1958)

27.) HENNING, N. Aetiologie und interne Therapie der Colitis ulcerosa. Verh.Dtsch.Ges.Verdauungs- u. Stoffwechselkr., 17. Tagung 1953:S. 86 (1954)

28.) HENNING, N. Lehrbuch der Verdauungskrankheiten. Stuttgart. Thieme. (1949)

29.) HUMBERT, R. Zur Behandlung der Colitis ulcerosa. Therap.Gegenw.München. 98:S. 128 (1959)

30.) HULST, L.A. Über idiopathische Colitis. Dtsch.Med.J. 9:S. 496 (1958)

31.) KARGES, O. u. LÖHR, G.W. Über die Behandlung der Colitis ulcerosa. Ärztl.Wschr.Berlin. 12:S.1000 (1957)

32.) KÜHLMAYER, R. Die Ursachen von Misserfolgen in der chirurgischen Behandlung der Colitis ulcerosa. Langenbecks Arch.Klin.Chir. Berlin. 284:S. 357 (1956)

33.) LAUDA, E. Die Kolitisbehandlung. Monatskurse f.ärztl.Fortbildg. S. 336 (1959)

34.) LAUDA, E. Die Colitiden mit besonderer Berücksichtigung der Colitis ulcerosa. Wien.Klin.Wschr. 70:S.999 (1958)

35.) LOESCHKE, A. Dtsch.Med.J.Berlin.11:S.204 (1960)

36.) LUMB, G. u. PROTHEROE, R. Ulcerative Colitis. Gastroenterology, Baltimore. 34:S. 381 (1958)

37.) MOHR, W. Zur Differentialdiagnose und Therapie der Colica mucosa. Med.Klin.Berlin. 55:S.1299 (1960)

38.) MANCUSO, M. Z.org.ges.Chir.,Berlin. 153:S. 211 (1959)

39.) OPPOLZER, R. Die Neurektomie der vegetativen Nerven zum Dickdarm bei Colitis ulcerosa und ihre Ergebnisse. Langenbecks Arch.Klin.Chir. Berlin. 284:S. 359 (1959)

40.) OPPOLZER, R. Colitis ulcerosa Wien.Klin.Wschr. 70:S. 1015 (1958)

41.) PANNHORST, R. Dtsch.Med.J.Berlin. 11:S.202 (1960)

42.) PEZOLD, F.A. Bakteriotherapie bei unspezifischer chronisch ulceröser Colitis. Verh.dtsch.Ges.Verdauungs- u. Stoffwechselkr. 17. Tagung. 1953:S. 117 (1954)

43.) PIETSCHMANN, G. Grenzen der konservativen und chirurgischen Behandlung der Colitis ulcerosa. Chirurg. Heidelberg. 29:S.325 (1958)

44.) REIFFERSCHEID, M. u. SCHREIBER, H.W. Indikationen der präventiven operativen Behandlung gutartiger Veränderungen des Magen-Darm-Kanals. Dtsch.Med.Wschr.Stuttgart. 85:S.670 (1960)

45.) RÜHL, R. Zur Histopathologie der ulcerösen und polypösen Colitis. Langenbecks Arch.Klin.Chir. Berlin. 284:S.370 (1956)

46.) SCHMIDT, B. Dtsch.Med.J., Berlin. 11:S. 205 (1960)

47.) SPERLING, M. Psychiatrische Aspekte der ulcerativen Colitis. Z.f.psychosomat.Medizin. Göttingen. 5:S. 171 (1959)

48.) STEIN, F. Dtsch.Med.J. Berlin.11:S.206 (1960)

49.) STELZNER, F. Die chirurgische Therapie der tiefen und der hohen Colitis ulcerosa unter Berücksichtigung der CROHN'schen Krankheit des Colons. Münch.Med.Wschr. 102:S.1630, 1696 (1960)

50.) TILMANN, O. Vorteile und Nachteile des Ileumafters. Langenbecks Arch.Klin.Chir. Berlin. 284:S. 366 (1956)

51.) TRUELOVE, S.C. u. WITTS, L.J. Cortisone and Corticotrophin in ulcerative Cilitis. Brit.Med.J. 5119:S.387 (1959)

52.) WICHTL, O. Ein Fall von Colitis regionalis. Fortschr.Röntgenstr., Stuttgart. 90:S. 757 (1959)

53.) WOLF, H.G. Klinik und Therapie der Colitiden im Kindesalter unter besonderer Berücksichtigung der Colitis ulcerosa. Wien.Klin.Wschr. 71:S.117 (1959)

54.) WÜST, H. Zit. bei HENNING

55.) ZEITLHOFER, J. Die Colitiden mit besonderer Berücksichtigung der Colitis ulcerosa. Wien.Klin.Wschr.71:S.112 (1959)

56.) ZUSCHNEID, K. DTSCH. Med.J. Berlin. 11:S.208 (1960)

L e b e n s l a u f

Am 4. Oktober 1930 wurde ich als Sohn des Kaufmanns Behram Ardeshir B a d s h a h und seiner Ehefrau Farangis geb. K a i k h o s r o w in Bombay/Indien geboren.

In Bombay besuchte ich die Schule, welche ich nach bestandener "Matric-Examination" verliess.

Hiernach besuchte ich weiter in Bombay das College bis zum "Intermediate Examination in Science" im Juli 1952.

Mein erstes Semester des Medizinstudiums begann ich in Göttingen im Winter 1952/1953.

Nach kurzen Studienaufenthalten in Freiburg/Br., Berlin und Hamburg setzte ich das Studium in Göttingen fort und bestand dort auch am 3. Juni 1958 die ärztliche Prüfung.

Meine Medizinalassistenten-Zeit habe ich in mehreren Krankenhäusern in Berlin absolviert.

Photodruck der Photo Copie GmbH.